

(アンケートの詳細については添付資料参照)

1. 担当職員配備状況及び業務分担
2. 更生相談への取り組み
3. 更生相談所の市町村支援
4. 地域リハビリテーション支援における技術的支援と研修

【調査結果】

1 担当職員配備状況及び業務分担の実態

1) 課内障害者(児)福祉担当常勤者数

Y県：市で、YA市(41人；人口36万人、1人-8,780人)、YB市(12人；33.5万人、1人-27,900人)、YC市(9人；29万人、1人-32,200人)、YD市(7人；12.8万人、1人-18,300人)以外の6市は3人以下で、1人勤務のところは3市(YE市；人口48,727人、YF市；38,384人、YG市；37,493人)あった。

町村では、YH村(4人；1,736人、1人-434人)以外、3人(4町)、2人(5町4村)で、81.6%を占める40町22村は1人勤務体制であった。最少人口はYI村の667人である。

W県：市では、WA市(22人；31万人、1人-14,090人)、WB市(18人；48.5万人、1人-26,900人)、WC市(17人；45.8万人、1人-26,900人)、WD市(15人；記載もれ)、WE市(14人；15万人、1人-10,700人)、WF市(12人；33万人、1人-27,500人)以外は10人以下で、最少はWG市(2人；7.5万人、1人-37,500人)であった。

町村では、WH町(5人；37,720人、1人-7,500人)、WI町(5人；39,711人、1人-7,900人)、WJ村(5人；記載もれ)以外は、4人(4町)、3人(5町)、2人(3町2村)であり、11町5村(50.0%)が1人勤務であった。

Z県：市では、ZA市(20人；44万人、1人-22,000人)、ZB市(13人；48万人、1人-36,900人)、ZC市(10人；29万人、1人-29,000人)で、他の5市は5人~2人であった。

町では、ZD町(6人；32,054人、1人-5,300人)、ZE町(4人；25,971人、1人-6,500人)以外、3人(3町)、2人(8町)で、27町(67.5%)が1人勤務であった。

X県A市：人口55.2万人に対して18人の配備である(1人-3,700)。

全体(197市町村)では、平均して3.3人であった。各県における最多配属は、Y県YA市(41人；人口36万人)W県WA市(22人；31万人)、Z県ZA市(20人；44万人)、中核市(18人；55万人)であった。

担当者が1人勤務のところは、3市78町27村(108/197；全体の54.8%)に認められたが、一人勤務者が担当する人口をみると、W県WE市の48,727人を筆頭に、町ではZ県ZF町の29,092人からY県YJ町の2,567人、村ではY県YK村の9,262人からY県YI村の667人といった大きな開きがあり、1人勤務者の対象人口をみると、Y県YE市の48,727人からY県YH村の434人までの開きがあった。

	市			町			村			備考
	対象(市)	総数(人)	平均(人)	対象(町)	総数(人)	平均(人)	対象(村)	総数(人)	平均(人)	
Y県	10	79	7.9	49	70	1.4	27	34	1.3	41人(YA市)~1人
W県	29	263	9.1	23	52	2.3	9	13	1.4	22人(WA市)~1人
Z県	8	59	7.4	40	59	1.5				20人(ZA市)~1人
中核市	1	18								
全体	48	419	8.7	112	181	1.6	36	47	1.3	(647/197；3.3人)
備考	41人(YA市)~1人			6人(ZD町)、5人(WH町)~1人			5人(WJ村)~1人			

2) 担当職員の在勤年数 [回答があり、且つ年数が記載された市町村についてのみ検討を行った。]

Y県では、勤続32年(YL市)、30年、20(2人ともYM市)、26年、21年(2人ともYD市)といった長期の在任者が多数みられる。従って平均も高くなって全体で4.6年。

W県では、9年(WK町)、8年(WA市、WF市)が最長で、平均は2.8年で最も若い。在勤年数では3年以内が82.7%を占めた。

Z県では、28年(ZG市)の勤続者と10年勤続が2人平均は7.6年で、在勤年数が3年以内は88.9%を占め

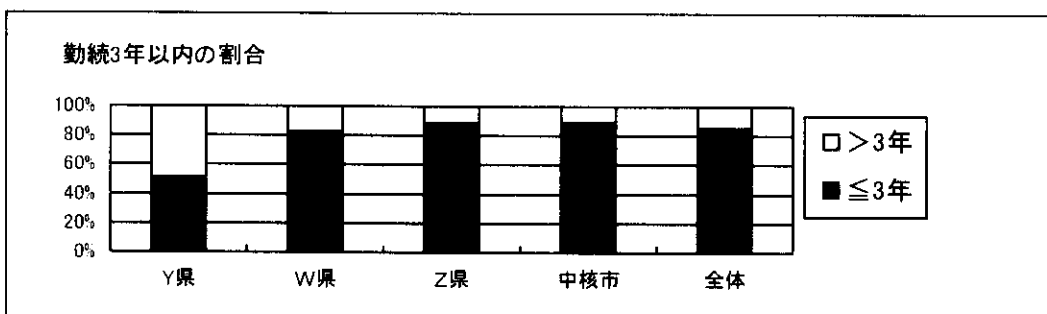
ていた。

全体では、平均在勤年数は3.7年で、在勤年数3年以内が82.1%であった。

	市			町			村			備考
	対象 ^(注)	年/人数	平均 ^(注)	対象 ^(注)	年/人数	平均 ^(注)	対象 ^(注)	年/人数	平均 ^(注)	
Y 県	8	156/25	6.2	32	180/32	5.6	9	17/9	1.9	32、30、26年
W 県	26	265/85	3.1	19	83/30	2.8	5	18/7	2.6	9年、8年
Z 県	7	106/24	4.4	15	52/19	2.7	—	—	—	28年、10年2人
中核市	1	34/14	1.9	—	—	—	—	—	—	≤5年
全体	42	561/148	3.8	66	315/81	3.9	14	35/16	2.2	911/245
備考	28年・26年・21年各1人			32年・30年各1人			11年1人			平均3.7年

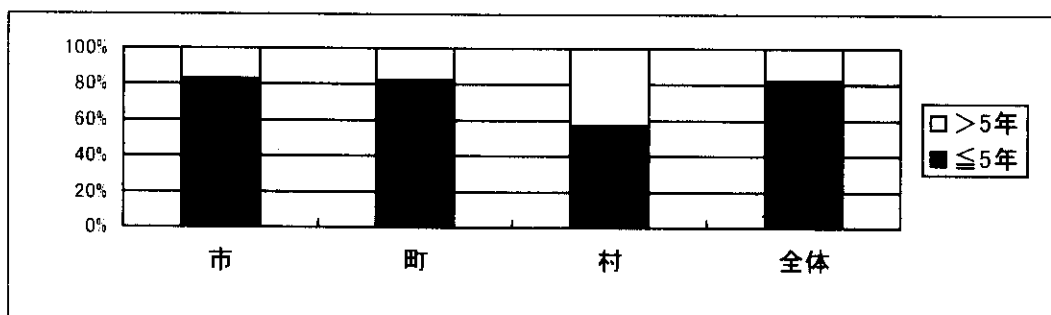
勤務（在勤）年数を満3年で切って県毎に比べてみると、3年以内の勤務者がY県(10市49町24村)では51.8%であったが、W県(29市23町9村)、Z県(9市40町)、X県中核市ではいずれも80%を越えていた。

	勤務年数：人数		
Y 県	≤3年：29	>3年：27	3年以内：51.8%
W 県	≤3年：194	>3年：41	82.7%
Z 県	≤3年：109	>3年：14	88.6%
中核市	≤3年：16	>3年：2	88.9%
全体	≤3年：458	>3年：79	3年以内：85.3%



市町村別に満5年で切って市町村別にみると、市、町では5年以上の勤務者は明らかに減少しており、どちらも5年以内の勤務者が約83%で差が見られなかった。村での5年以上の長期勤務者(42.9%)が多くなっているのが特徴的である。

	勤務年数：人数		備考
市	≤5年：113人	>5年：23人	5年以内：83.1%
町	≤5年：67人	>5年：14人	82.7%
村	≤5年：4人	>5年：3人	57.1%
全体	≤5年：184人	>5年：40人	5年以内：82.1%



3) 業務の担当状況 [回答があった市町村についてのみ検討を行った。]

市では、人口からいって当然ではあるが複数(2人~41人)配属が93.9%を占めているが、1人勤務が3市あった。身障・知障の兼務担当が47.5%、複数で個々に単独担当が42.6%であったが、複数配備されているところでも兼務している者と単独で担当している者に分かれているところも見られた。児童も担当しているところが9市(20.3%)みられたが、そのうち6市は兼務で対処していた。

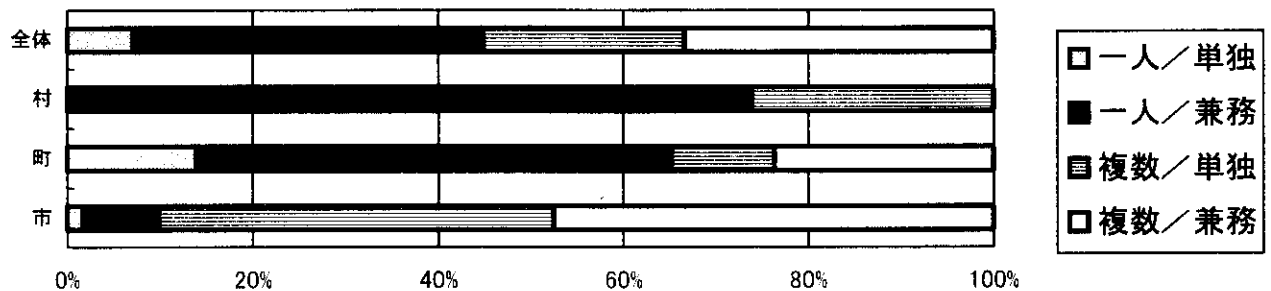
町では、47町が1人勤務で、その内37町(51.4%)が身障・知障の兼務であり、15町(40.5%)で身障・知障・児童すべてを兼務していた。

村では、7村(73.9%)が一人勤務であり、そのうちの13村(76.5%)が身障・知障・児童を兼務していた。全体では、1人での兼務が37.8%、複数で兼務が33.3%を占めていたが、1人で兼務しているところで児童福祉も兼務(48/197; 24.4%)しているのが目立った。全体的に児童福祉まで担当していたのは9市26町13村(30.8%)であった。

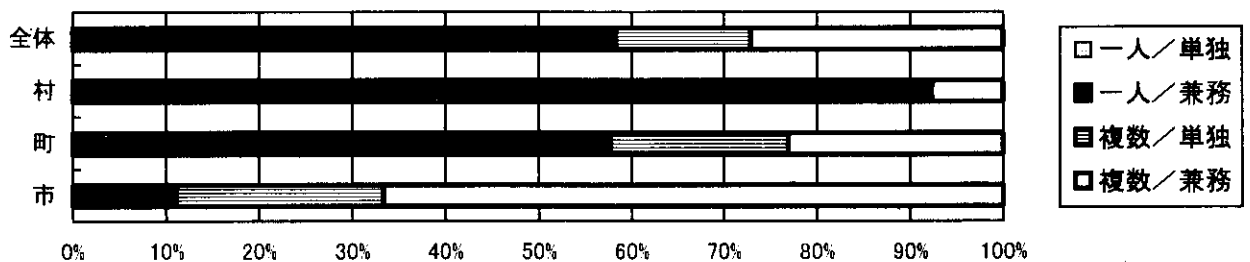
		市	町	村	計
身障 知障	1人配備で単独業務	1	10		11
	1人配備で兼務	5	37(51.4%)	17(73.9%)	59(37.8%)
	複数配備で各々単独業務	26(42.6%)	8		34
	複数配備で兼務	29(47.5%)	17	6	52(33.3%)
児童	1人配備で単独業務				
	1人配備で兼務	1	15	12	28
	複数配備で単独業務	2	5		7
	複数配備で兼務	6	6	1	13

* 単独業務：身障福祉又は知障福祉のみ担当、 兼務：身障・知障・(児童)を兼務

市町村担当者の業務担当状況 (N = 156)



児童福祉との関わり(48/156)



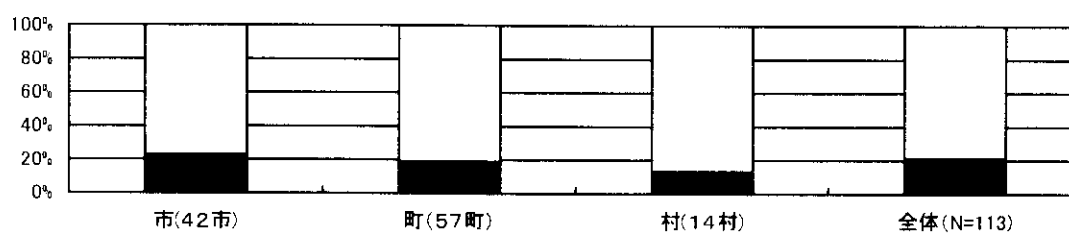
4) 現職前の所属課

現職に赴任する直前の職場を調べてみると、何らかの形で社会福祉・援護関係の仕事からの転勤というのが

体制では21.1%であり、市23.1%、町18.9%、村13.3%という結果であった。

	回答数	前職が社会福祉関係 ^(A)	前職は福祉関係以外 ^(B)	計 ^(A)	計 ^(B)	合計 ^(C)
市	8	5	21	26	134	
	28	25	55	80		
	5	0	15	15		
中核市	1	1	12	13		
町	27	4	25	29	74	
	17	4	24	28		
	13	6	11	17		
村	9	2	7	9	15	
	5	0	1	6		
計	113/197	47	176	223		

前職が社会福祉関係の職場であった割合(N = 223^(A) : 42市57町14村)



5) 課内の保健医療体制

[医師・保健婦・看護婦]

医師：常勤という形が1市(4.2%)6町(3.6%)5村(8.3%)であったが、その内5町3村は兼務(課内勤務)であった。全体として何らかの形で医師が配属されているのはわずかに11.2%であった。

保健婦：市では兼務も含めて13市(27.1%)しか配属されていないが、町村では85町(76.8%)、30村(83.3%)に配属されている。この内他の施設との兼務者が28(14.2%)を占めている。

全体では65.5%に配属されているが、他の事業による配属が含まれていることについては明確にはされていない。

看護婦：全体として21.3%であったが、この内他の施設の兼務者が26(61.9%)を占めているのが特徴的である。

	回答数	医師			保健婦			看護婦				
		常勤	非常勤	嘱託	常勤	非常勤	嘱託	常勤	非常勤	嘱託		
市	17	1	1	4	4	9		1	8	1	4	
町	88	4	2	1	2	69	16	1	13	8	2	
村	31	2	3		2	28	2		2	3		
計		7	5	2	8	101	27	1	16	19	3	4
		22/197(11.2%)			129/197(65.5%)			42/197(21.3%)				
備考 (兼務の所属)		診療所・町立病院・保健センター			保健センター・健康増進課・健康保健課・総合福祉センター・保健環境課			健康センター・健康増進課・リハ事業課・診療所・訪問看護ステーション				

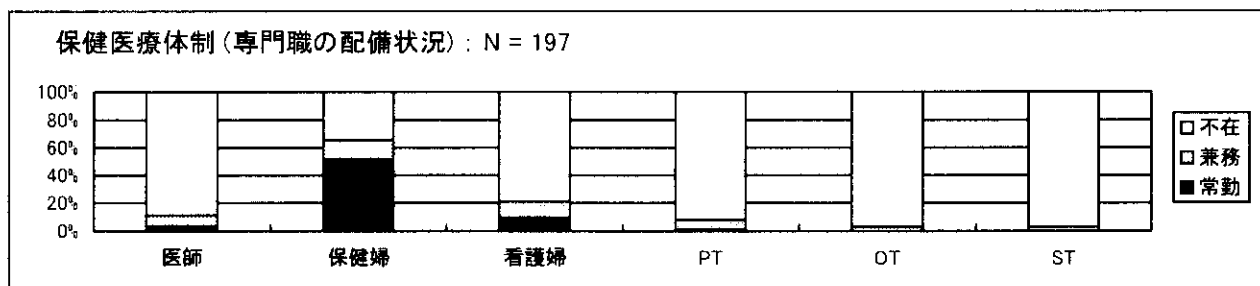
* 課内勤務者はゴシック体、他の施設に勤務している者(兼務者)は明朝体

[理学療法士・作業療法士・言語聴覚士]

アンケートの回答を得た197市町村では、セラピストの配属は極めて少なく(18市10町/197:14.2%)であり、今回の調査対象では村にセラピストは配属されていなかった。

介護保険・機能訓練事業などで配属されているセラピストを挙げているところもあった。また、常勤とはいっても他施設との兼任が多いことから、実際の勤務は1回/月、週(3市2町)といった頻度であった。

	回答数	理学療法士			作業療法士			言語聴覚士			その他
		常勤	非常勤	嘱託	常勤	非常勤	嘱託	常勤	非常勤	嘱託	
市	12	1	5	2	2	3		2	3		手話通訳士(専任)
町	4	2	2	2		2	1	1			栄養士・ホームヘルパー・ケアマネ
村	0										事務職
計		3	7	4	2	5	1	3	3		
		16/197(8.2%)			6/197(3.0%)			6/197(3.0%)			
備考 (兼務の所属)		健康増進課・成人保健課・保健センター・町立病院			保健センター・リハビリ事業課・通園センター			リハビリ事業課・			



2 更生相談への取り組み

1) 相談判定時の立会い

〔身障〕市では65.2%が立ち会っているが、町40.0%、村42.4%と低くなっている。ほとんどの市町村担当者が立ち会うことに努力しているが、職員体制からくる余裕のなさが立ち会えない一番の理由になっていた。

〔知障〕立ち会っていない理由として実施権限が知更相にないことが挙げられたが、実際には44.9%が立ち会っており、85.7%が立ち会うことに努力している様子が伺われた。

〔身体障害〕

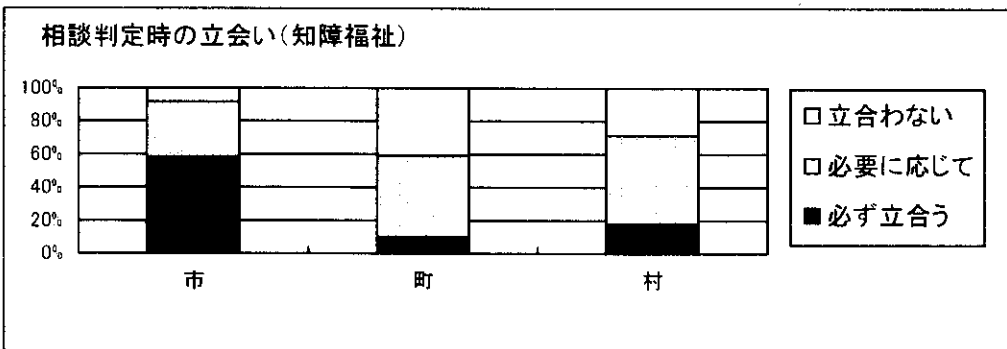
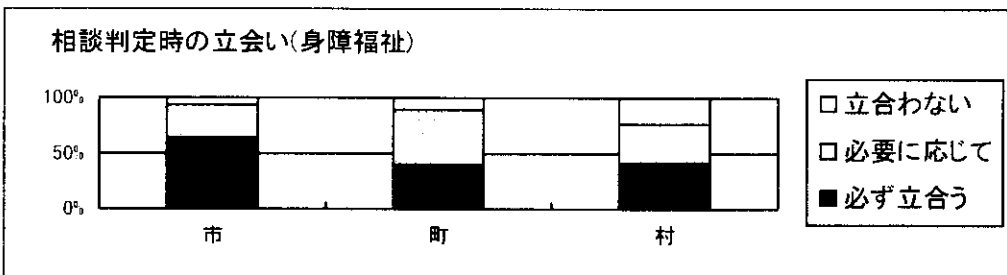
	回答数	必ず立ち会う	必要に応じて立ち会う	立ち会わない	立ち会わない理由
市	8	2	5	1	体制に余裕がない
	26	22	4		
	12	6	5	1	
中	1			1	更生相談所と常時連絡
町	47	14	23	10	家族による相談が主・ケースなし・体制に余裕なし
	24	22	1	1	
	39	8	30	1	ケースなし・時間的余裕なし
村	25	7	12	6	県で対応・ケースなし・相談所がない
	8	7		1	書類判定
計		88/197 (44.7%)	80/197 (40.6%)	22/197 (11.2%)	

* 市町村の欄は、上からY県・W県・Z県の順、中は中核市(以下の統計表は同じ)

* 中は中核市

【知的障害】

	必ず立ち会う	必要に応じて立ち会う	立ち会わない	立ち会わない理由
市	5	4		
	23	7		
中		5	3	
町	6	20	15	更生相談所と常時連絡
		2	7	実施権限なし・職員体制に余裕なし
村	1	13	7	実施責任なし・窓口業務のみ・県福祉保健総合センター対応
	3	11	7	実施権限は県・職員体制に余裕なし
計	2	4	1	実施権限は県・社会福祉事務所対応
	40	66	41	ケース少なく書類判定



2) 巡回相談

巡回相談の情報提供について(複数回答)

巡回相談が実施されることを障害者がどれだけ知っているかということは把握しにくいことであるが、障害者福祉の普遍・浸透には重要な課題である。実際に市町村レベルでどのような努力が払われているのかを調べ、同時に、担当者の抱えている巡回相談に対する問題点を記述してもらった。

相談があった時点で対応する(45.7%)、広報誌などで情報提供する(42.1%)が目立つところであるが、市町村の意見を見ると、地域的に巡回相談の実施方法が異なっており、定期的に(或いは年間スケジュールを決めて)開催しているところと、不定期に開催しているところとでは問題点が異なっていることが明らかになった。また更生相談所への距離(所要時間)が巡回相談の利用に大きく影響している。

巡回相談のあり方に関しては、「会場にならないため」、或いは「会場がないために巡回相談がない」と答えたところが、Y県で3町3村、W県で5市3町あり、今回の調査がわずか3県であったが、巡回相談の実施方法と利用方法に地域的な格差が明確に存在することが認められた。

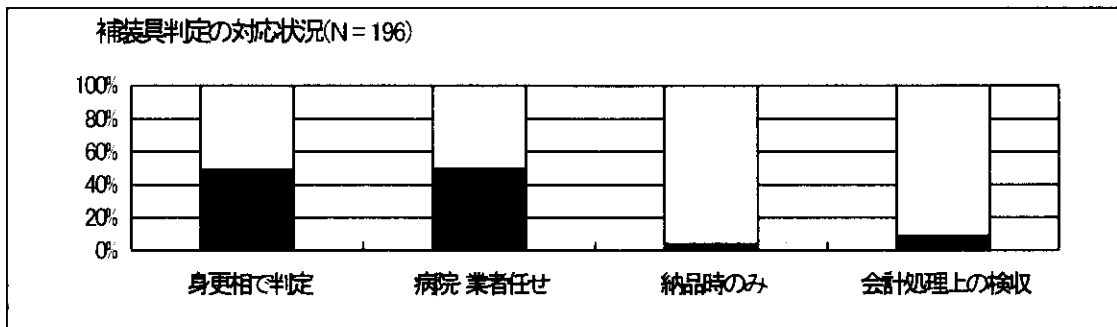
	対象者を把握し常時対応	対象者をリストアップして対応	相談のあった時点で対応	広報誌などでPR	相談支援事業を通して	民生委員などを介して	
市	1	3	7	4			
	5		12	6	1	1	定期開催
	1		4	6			
町	3	2	20	28	1	6	会場の確保・回数(定期)
	2		13	6	1	2	会場の確保の問題・
	1		20	19		2	
村	4	2	11	13		3	開催時期の問題・交通の便
	4	1	3	1		1	
計	21	8	90	83	3	15	
	10.7%	4.1%	45.7%	42.1%	1.5%	7.6%	

3) 補装具給付判定

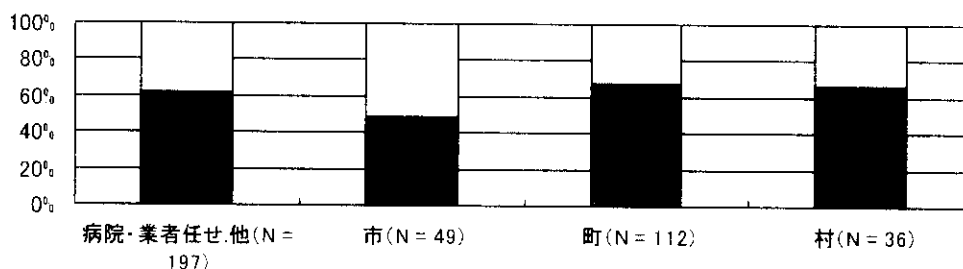
ア 判定から給付までの対応状況(複数回答)

補装具の判定に関しては、「医療機関・製作者任せ」が49.7%に及んでいる。「納品時のみ立ち会う」、「会計処理上の検収に終始」などを含めると、市町村の62.8%が専門的な評価・判定を実施していないことになる。市町村別に見てみると、5割の市が医療機関或いは製作者任せであり、町(67.0%)、村(66.7%)における医療機関或いは製作者任せの増加傾向は明らかである。

	極力身更相で判定	地域医療機関・製作者任せが多い	製作者の納品のみに立ち会う	会計処理上の検収に終始
市	3	6		1
	16	13	1	1
	7		1	1
中 町	1			
	22	29	2	3
	11	8	1	2
村	24	23		7
	7	18	2	1
	6	1	1	1
計	97	98	8	17
	49.2%	49.7%	4.1%	8.6%



病院・業者任せ、他の占める割合（市・町・村別）



補装具の給付に関して、「病院・業者任せ」、「納品時のみ立ち会う」、「会計処理上の研修に終始」をまとめて市・町・村別に比べてみると、市(49.0%)、町(67.0%)、村(66.7%)の比率となる。

イ 書類判定について(複数回答)

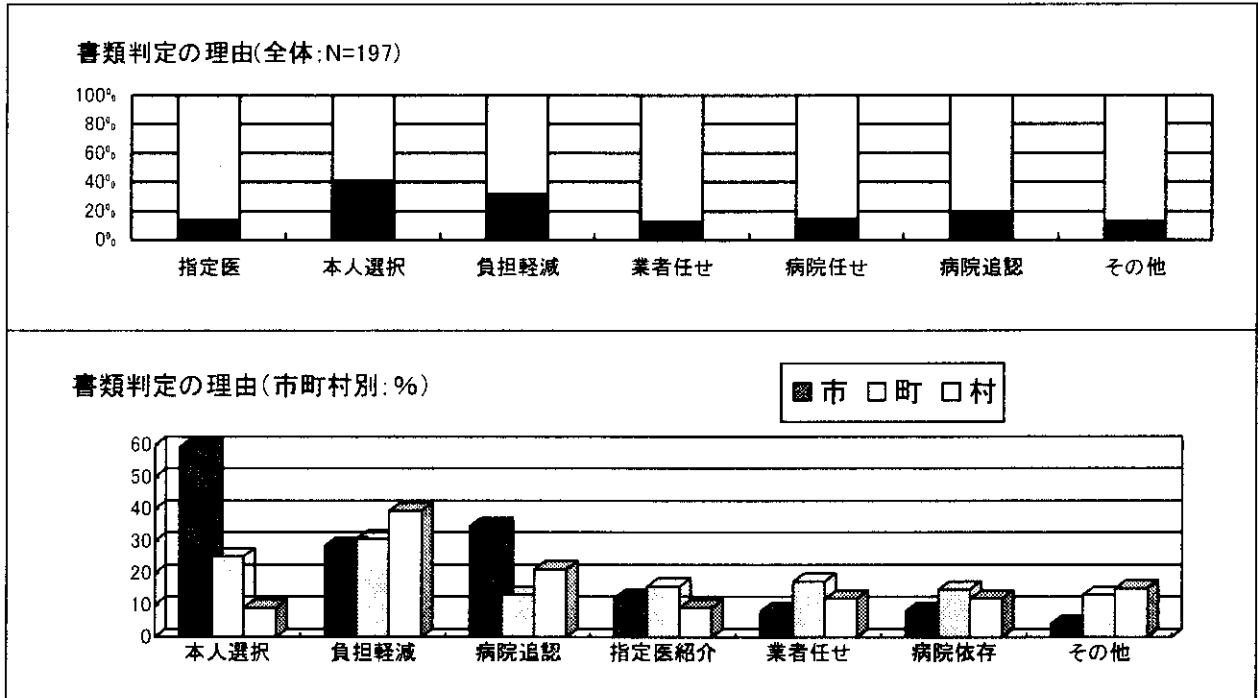
本来は来所判定(巡回相談も入れて)すべきところであるが、障害の重度・高齢化、一般的な福祉に対する認識の向上などによって、判定に関わる事務処理の迅速化、簡便化が強く要請され、書類による判定が急速に増加しつつある。その実態を把握する目的で理由を調べた。

来所判定か、書類判定かの判断を、「本人の選択に任せている」ところが40.8%を占めている。次いで「医療機関で勧められて申請してくるので追認せざるを得ない。」とするところが、19.9%、身障では評価することなく近隣の15条指定医を紹介しその意見書に従っているところが13.8%であった。

「利用者の身体的負担を軽減するのが目的」とするところが31.6%認められるが、更生相談所との距離的な題、及び利用者の障害程度の重度化などが、利用者の判定会場(身更相・巡回相談)への参加を困難としている大きな原因であることは確かである。

市町村別に見ると、市では「本人の選択に任す」が59.2%と多数を占め、「医療機関の指示に追認やむなし」が34.7%、「利用者の身体的負担を軽減するため」が28.6%、以下「15条指定医を紹介する」、「病院の製作者任せ」、「負担も軽減されるので病院に依存する」、「その他」の順であった。町では、「利用者の負担軽減」が30.7%を占め、「本人の選択に任す」が25.2%、「病院の製作者任せ」が17.5%で、以下「15条指定医を紹介」、「病院に依存」、「病院に追認」、「その他」の順。村では、「身体的負担軽減」が39.4%、「病院に追認」が21.2%、以下「その他」、「業者任せ」、「病院に依存」、「本人の選択に任す」、「指定医紹介」の順になっている。

	15条指定医を紹介	本人の選択に任す	利用者の身体的負担の軽減	病院の製作者任せ	病院(医師・製作者)に依存	医療機関の指示を追認	その他	意見
市	2	7	3	3	2	3	2	
	2	18	8	1	1	5	2	医師を信頼する場合
	2	4	3			9	2	チェックリスト、ハンドブック等の活用
中					1			
町	10	15	16	11	8	9	6	巡回相談以外は書類判定
	6	10	9	4	5	4	2	外出、移動困難なとき
	2	16	10	2	7	2	7	チェックリスト、実務ハンドブック等を活用
村	1	7	10	4	2	5	5	職員体制に余裕なし
	2	3	3		2	2		
計	27	80	62	25	28	39	26	
	13.7%	40.6%	31.4%	12.7%	14.2%	19.8%	13.2%	



4) 意見書の料金 (文書料; 複数回答)

補装具の給付等に必要医師の意見書について、医療機関が文書料として徴収している金額を調べた。アンケートの[円から / 円程度]の二つの記載欄に挙げられた金額をすべて取り上げ集計する。

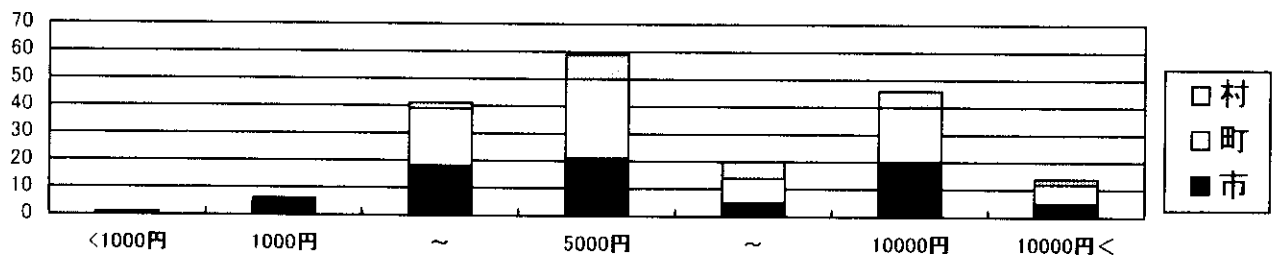
「有料」と回答したのは197市町村中、43市69町17村(65.8%)であった。(このうち7市10町3村は、「有料」の回答を得たが金額の記入はなかった。)

全体では500円から20,000円の広がりがあり、平均的には約3,000円から10,000円の文書料が徴収されていると考えられる。市町村、或いは地域的にはほとんど差が認められない。

医療機関での対応であるために、ほとんどの市町村では公的な補助はなく(W県では2市5町2村:4.6%で限度を決めた助成制度があった。)利用者の負担になっている。

	<1,000円	1,000円	~	5,000円	~	10,000円	10,000円<	
市			4	4	4	3		
		3	5	13	1	16	5	15000円、20000円
		1	8	3		1		
鹿			1	1				
			8	18	8	9	1	20000円
		1	7	6		10	6	20000円、15000円
町			6	5	1	1		500円
	1		1	9	4	6	2	15000、20000円
		1	1		2			
計	1	6	41	59	20	46	14	(平均6,760円)

意見書の文書料



5) 更生医療

更生医療は純粋に医療、医学的治療技術の知識に基づいて判定しなければならない内容を秘めている。

更生医療の給付について、担当者が日頃の問題とするところを記述式で求めた。

全体に日常の判定処理事務に関わる意見ばかりで、援護の実施機関の担当者として本質的な医療と制度のあり方に関わる意見はみられなかった。代表的な意見をまとめて列記する。

- ・ 手帳と同時申請が多くなっている。
- ・ 切迫した手術治療の申請が多く、事後の処理になるのはやむを得ないが多くなっている。
- ・ 医療機関において、利用者に対する制度そのものの説明が不十分であって理解されていない。
- ・ 人工透析・抗免疫療法などは、医療保険や特定疾患としての扱い等他の制度との整合性を図る必要がある。
- ・ 都道府県によって制度利用の仕方かなりの違いがあり、苦情の原因にもなっており戸惑うことが多い。
- ・ 法に定められた原則と現場の実際の処理があっていないが多くなっている。見直しが必要である。
- ・ 医療関係者の制度に対する認識が低い。

6) 施設入所判定

施設入所判定に関して、担当者の意見と問題点を記述式で求めた。

施設入所に関しては、「判定に時間がかかる」、「待機期間が長い」などの現状に対する苦情が5市17町2村から出ていた。一方では、絶対的に入所が困難な状況に対して専門的な判定に基づく入所調整機関としての更生相談所に対する期待は大きく、利用契約制度実施後の入所調整に対する不安からか入所調整機関としての更生相談所における入所調整存続を求める意見が9市12町2村にみられた。

3 更生相談所の市町村支援

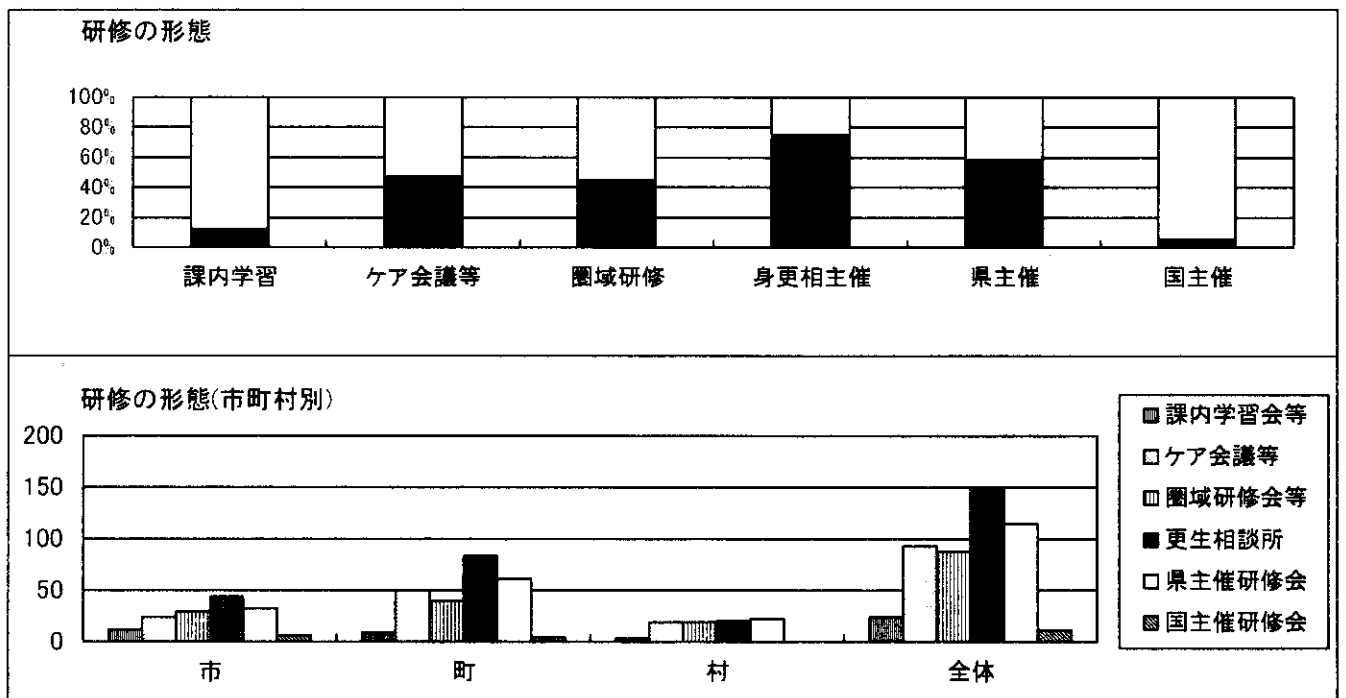
〔障害者(児)福祉担当職員研修への参加〕(複数回答)

補装具の給付、更生援護施設入所の給付、更生医療の給付など、きわめて専門性の高い内容の業務を担当している市町村の障害者福祉担当職員に対して、専門領域(補装具・障害者のリハビリテーション等)の研修が必要なことはいうまでもないが、それがどのように行われており、更生相談所の関わり方を調べた。

更生相談所の主催する研修会は75.0%と参加率は高い。次いで県が主催する研修会の参加率が高い。市町村間では、村の国主催研修会への参加がみられないこと、国主催の研修会は全体に参加することは少ない。

研修に実施については、県下の障害保健福祉圏域とか福祉事務所単位での開催に対する要望が全体の43.6%(85/197)と多数であった。

	課内での症例検討会・学習会等	関係専門職間のケア会議等	保健福祉圏域での研修会等	更生相談所主催の研修会等	都道府県主催の研修会	国が主催する研修会等
市		5	3	8	6	
	11	16	22	27	19	5
中	1	3	4	8	6	1
				1	1	
町	1	33	15	28	29	
	3	7	10	18	18	2
村	5	10	15	37	14	2
	2	15	12	14	15	
計	1	4	7	6	7	1
	24/197	93/197	88/197	147/197	115/197	11/197
	12.2%	47.2%	44.7%	74.6%	58.4%	5.6%



4 地域リハビリテーションにおける技術的支援と研修

高齢者福祉の展開に伴い高齢者や障害者に対する地域でのケアが制度として全国的に施行されるようになって、地域リハビリテーションとしての組織化、専門技術支援の体系化が地域の大きな課題となっている。

現状で、障害者に対する地域リハビリテーションの最先端にある市町村の障害者福祉担当者について、どのような専門技術的な支援体制があるかを調べた。

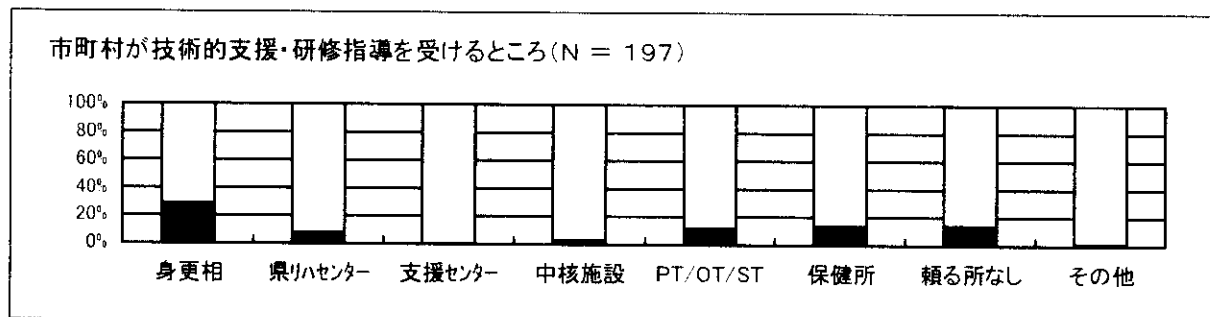
身体障害者更生相談所の28.6%を筆頭に、保健所が13.8%など、専門的な研修と指導の中核的な機能を発揮すべき機関においても利用は少なく、全体として技術的支援や研修の機会が少ないことは明らかである。

地理的な配置に一つの原因があると思われる傾向が認められた。すべての研修の機会を持っている市町村を合わせても158(80.6%)で、全体への周知徹底には更なる工夫と努力が必要である。

「地域にこの分野で頼れるところがない」とするのが4市14町10市(14.3%)あったことに注目したい。

	身体障害者更生相談所	県リハ支援センター	地域広域支援センター	圏域の中核施設	PT会・OT会・ST会等	保健所	頼れるところがない	その他
市	3				3	2		2
	18	4			1	2	3	

	1				2		1	
中				1				
町	12	1	1		8	6	7	
	12	1		1	3	6	2	
	5	6		4	4	6	5	
村	4	1			2	4	7	
	1	2				1	3	
計	56/197	15/197	1/197	6/197	23/197	27/197	28/197	2/197
	28.4%	7.6%	0.5%	3.0%	11.7%	13.7%	14.2%	1.0%



D 考察

1 町村における障害者福祉担当職員配備状況及び業務分担の実態

①市町村における障害者福祉担当職員の配備は、197 市町村を平均して 3.3 人であった。この平均値が正当かどうかというのではなく、各市町村にどのように分散しているかということが問題である。

市では、41 人(Y Y市：人口 36 万人)から 1 人(Y E市：48、727 人、Y F市：38、834 人、Y G市：37、493 人)という広がりがあり、49 市中に一人勤務体制が 3 市(Y 県 Y E市、Y F市、Y G市)あり、身障・知障・児童を兼務していたのは 9 市であった。

町・村については、37 町 17 村(54/147；36.7%、村だけでは 73.9%)において 1 人で身体障害と知的障害、さらには児童福祉(26 町 13 村)を兼務して担当しているという実態が明らかにされた。

担当職員一人あたりの人口をみると、48、727 人(Y E市：一人勤務)から 434 人(Y H村：四人勤務)という大きな格差が認められた。

全体を通じて言えることは、人口と対比させても整合性はなく市町村によって大きな格差が認められ、市町村における障害者福祉担当職員の職員体制に基準が示されておらず、地域の市町村の裁量によって決められていることは明らかである。市町村ごとに障害者福祉に対する認識が異なっていることによって、その格差が障害者福祉サービスの提供に与える影響は決して小さな問題ではない。

人口に対照させて、県域の広さ、交通事情なども含めて考慮できる、市町村における障害者福祉窓口の職員体制の整備基準が必要であるとともに、異なった法的基盤と異なった制度上の仕組みからなる身障・知障・児童の三つの福祉分野における各々の業務内容を徹底的に分析し、各々の制度の持つ独自性と共通する部分を整理し、各分野において担当職員 1 人が対応できる業務内容を基準化した上で、市町村における障害者福祉担当者の配置基準を確立することが必要である。

②現職の在勤年数をみると、3 年以内の勤務が全体で 85.3%(市：79.1%、町：79.5%、村：68.6%)であった。28 年・26 年・21 年(市)、32 年・30 年(町)といった数は少ないが(各 1 名)きわめて長期に勤務している状況を考慮に入れると、3 年以内の勤務が圧倒的に多数を占めていることは明らかである。

現職に至るまでの経験(前職)をみると、社会福祉関係の職場からの転勤は、全体で 21.1%(市：23.1%、町：18.9%、村：13.3%)という低率であった。78.9%が障害者福祉とはまったく関係のない職場からの転勤であったということである。32 年とか 30 年といった長期を勘定に入れて勤続 5 年で切ってみると、5 年以内が市・町では 80%を越す状況であったが、村では 42.9%が 5 年以上ということであった。

障害者福祉の業務は、補装具給付・施設入所・更生医療・地域リハビリテーション支援と質の異なる業務

が並び、しかも利用者の障害状況を的確に把握して対処できる相当の知識と経験を必要とする。重度化、高齢化した多彩な利用者に対して、窓口で一人前に障害者に対応ができるようになり、担当地域の障害者の実態を把握するまでには3年以上はかかるといわれている。しかし、3年～5年くらいで担当職員の交代がある(平均3.7年、勤務3年以内85.3%)という現状では、適切な対応を期待することが出来ない。市町村福祉窓口担当職員養成のためにも5年以上は勤務できる基準をつくり、経験を重ねて障害者の福祉に専任できる環境作りを都道府県はもとより、すべての市町村に強く要望したい。

③課内の保健医療体制は、きわめてお粗末としかいいようがない。複雑な他制度や他の事業との絡みもあって保健婦が比較的多数配置されているように見える(保健婦配備:65.8%)が、他の訪問事業などに配置されていることも考えられ、全員が専任であるとは考えられない。加えて、市町村の障害者福祉の窓口における保健婦の任務内容が確立されていないために十分な機能を発揮していないのが実情である。このことは、看護婦・セラピストについても同じことが言える。基準を決めるに当たって、医師を除く医療専門職群の具体的な業務の位置付けがなくてはならない。

医師、PT、OT、STの配置状況から言えることは、障害者福祉を担当する市町村の窓口において、相談に訪れた利用者の原因疾患・障害の状況・身体機能・生活能力、或いは補装具の適性、施設入所の適性、更生医療の内容とその効果などについて、担当者がその場で直接に相談し、指導を受ける体制がほとんど整備されていないことになる。

医師(8.2%)・看護婦(21.4%)については、窓口で常勤し待機していることはなくとも、相談に訪れた利用者の原因疾患の状況、障害の状況や生活適応能力の把握、最適性の評価などに必要に応じて参加してもらえるような体制を構築することが何よりも必要なことである。

2 更生相談への取り組み

1) 相談・判定時の立会い

援護を実施する機関の担当者として相談判定時の市町村職員の立会いは重要なことであり、今回の調査からも立ち会う必要性の認識は決して低くないことが窺われたが、現在の人的資源で障害者福祉の広い分野に対処するためには、事務処理量の多さと時間的な余裕のないこと、1人勤務ではまず困難であることなどが、判定現場に市町村職員が立ち会えない最も大きな原因になっていた。その証拠に、人材の豊富な大都市では立ち会う機会が多くなっている。

知的障害では、時間的な余裕がないことに合わせて、市町村に実施権限がないこともその原因の一つになっていたが、ここでも身障・知障・児童各分野における市町村障害者福祉担当者の業務内容の整備と、1人の職員の業務内容についての検討が必要であることが明らかになったと言える。

2) 巡回相談

①巡回相談は、どのようにして地域の障害者に情報を提供するかということが問題である。そのためにも市町村の担当者が経験を積む中で、担当地域の障害者の実態を把握していることが重要になってくる。

この点からも3年ぐらいで新人と交代するような現場の状況で、しかも、大半が1人で地域を担当し、身障・知障そして児童まで兼務しているような状況では、公正、迅速かつ円滑な対応を期待することが出来ないのは当然の結果であるといえる。

②都道府県によって巡回相談の形式や実施方法がまちまちであることも問題である。巡回相談が不定期に実施されているところ(W県)の市町村からは、定期的に、或いは年間スケジュールを定めて行われることが強く要望されている。都道府県によっては更生相談所の地理的な条件によって、判定と相談に関する巡回相談に対する認識が少し異なっているように思われたが、巡回相談実施継続の要望は多数の市町村から挙げられている(8市21町)。W県では定期的に開催する要望が多く見られたが、W県、Y県の村では地域的に巡回相談の開催が困難という意見が多く(利用者が少ないこともあるようだ)批判的な意見が見られた。

巡回相談の開催意図を確立し、開催方法についても基本的なところを基準化する必要があると考える。支援費支給制度(利用契約制度)が変わったときに、巡回相談がどのように位置付けられるのか、市町村がどのような認識でそれを活用しようとするのが大きな課題として残されている。

今回は偶然とはいえ政令指定都市が含まれていない。政令指定都市群は、障害者福祉の実践において市

町村とは異なった面が少なくないのは事実である。援護の実施機関が身内で給付の判定を行っていることも大きな違いの一つであるが、巡回相談のあり方も市町村における格差以上に対応の仕方が異なっていると思われる。指定都市の実態についても、これからの障害者福祉の実践において留意すべき問題であることは確かである。

③行政的には、巡回相談も来訪者の数量で処理され、その多少が更生相談所の構成を決める基礎データとして問題になるのが普通である。特に、介護保険の実施後は、高齢者の車いす判定件数が減少したことによって、統廃合や減員の危惧を持っている更生相談所も少なくない。

数は少なくとも時間をかけて十分に評価し判定する体制を維持することが、リハビリテーションの理念から言ってもこれからの新しい時代には大切なことであり、「数量」よりも「質」を重視する姿勢と、それが実践できる環境作りがこれからの巡回相談には必要になると考えられる。当然、相談と補装具の適性評価のみならず、施設入所の適性評価、支援費給付に関する相談、医療相談、地域リハにおける技術的指導なども巡回相談の仕事になる。すなわち、巡回相談に参加する医療関係職員(医師・セラピスト・他)の確保、質の向上が大きな問題となる。

都道府県の指導性、市町村の理解の中に、どれだけリハビリテーションの理念を反映させられるかということが、わが国におけるこれからの障害者福祉の展開に大きな影響を与えると考える。現場の相談判定業務に関わる専門職としての医師の責任は大きいことを改めて認識することが必要と思われる。

④巡回相談を実施するに当たって大きな問題になっているのが会場の確保である。「会場がないために巡回相談がない」とする市町村が5市6町3村あった(回答のなかった市町村の中にも多いと思われる)。

これは巡回相談の実施方法にも問題があることを示唆している。会場の選択、設営といったことにも積極的な都道府県の指導と市町村の協力が必要である。

こうした問題に対しては、個々の市町村においても近隣の市町村間で協力して地域で会場を設定し、近隣の市町村がお互いに巡回相談を活用しあう環境づくりも欲しいところである。

3) 補装具給付判定

①補装具給付判定については、「極力身体障害者更生相談所で判定を受ける」とする市町村が49.2%であったのに対して、「地域の病院や製作者任せになることが多い」とする市町村も49.7%あった。「納品の時のみ立ち会う」、「会計処理場の検収に終始している」といった条件を含めると、市町村の担当者が補装具交付判定に当たって専門的な立場で参加していない場合が62.8%を占めていることになる。

市町村の判断で交付できる補装具の種目が増える(一層多くなることは確実である)、或いは、交付についての判断を要求される事例が増加するにもかかわらず、市町村の担当者に補装具に対する実践的な知識と経験がないために、地域の医療機関や製作者任せになってしまっている体制が明らかにされたわけであるが、この状況を反省し、改善しなければ、適切な補装具の給付は混乱することが危惧される。

そのためには、技術的相談指導センターとしての身更相の機能を充実し、市町村の担当職員に対する実践的な研修を行い、常時相談に応えられるネットワーク体制を構築することが急務であると考えられる。

②地域医療機関の専門職や補装具製作者と対等に話ができるには、補装具とそれを必要とする肢体不自由者の障害状況を理解することがまず必要であるから、巡回相談や更生相談所來所の時に障害者の状況を見ること、補装具に関心を持つといった姿勢、すなわち積極的に知識を増やすための努力を市町村の担当者に期待したいところである。また、市町村(都道府県の指導性にも期待したい)も担当者の専門性を養成することに関心を持ち、積極的に研修などの機会を与えるような姿勢が強く望まれる。

③補装具の交付に関しては、市町村の担当者に対して実践的な研修を頻回に開催することが要望されているが、お仕着せの研修会にこだわることなく、補装具(特に、車いす、補聴器)については事務職でも基本的な知識があれば、「交付してよいか」、「判定を依頼すべきか」といった判断が出来る詳細なチェックリストを作成し、市町村の現場でそのリストに従ってチェックすることで適切な判断が行えるような工夫をするとか、補装具交付に関する市町村の実務に関する実際的なハンドブックを作成して、現場で利用者に対応しながらでも活用できる体制を作ることも有効な手段である。もちろん、製作に当たっては、技術的な専門職集団として更生相談所がその労をとることになる。

[書類判定に関して]

④書類判定を選択することについては、「本人の選択に任せている」とする市町村が40.8%を占めていた。

特に、市では多かった(59.2%；町 36.6%・村 39.4%)。次いで「利用者の身体的負担を軽減する」が全体で31.4%を占め、村が39.4%と、市(28.6%)、町(31.3%)に比べて多くなっていた。これは、地域における村々の地理的な環境が大いに影響しているものとして理解できる。しかし、「病院の指示を追認せざるを得ない」が19.8%、「病院に依存している」が14.2%、「病院出入りの製作者任せ」が12.7%など、「本人の選択任せ」と合わせると、87.5%の市町村では補装具の交付に当たって、補装具の最適性選択という課題に対して、専門的な評価と判定が本人や製作者任せになっているという実態が明らかにされた。ここでも問題は身体障害者更生相談所の専門的な機能の格差が原因となっていることであり、専門的な評価と判定が適正に行われていないことである。

⑤書類判定が多くなっている状況については、利用者の重度化やそれに伴う更生相談所への移送の問題が原因の一つに挙げられている。

便宜性を優先することも大切なことであるが、書類判定を行う限り来所判定以上に利用者の状況調査と最適性の評価が的確に行えるように、意見書の形体を工夫することや補装具処方箋の有効利用を徹底しなければならない。

⑥一方では、医療関係者の制度に対する認識不足に関する意見が多く市の町村から出ている。補装具に対する認識向上と合わせて、地域の医療関係者(特に医師)の補装具研修や法と制度に関する情報の提供を積極的に行い、利用契約制度の施行を前にして意見書による円滑な交付が行える体制の構築を早急に実行しなければならない。

[書類判定の医師の意見書に必要な文書料]

⑦平成15年度からは医師の意見書の発行が多くなることが予測される。今回の調査でも意見書は医療機関に任せられているために、発行に500円から20,000円という幅のある文書料(平均6,760円)が徴収されている。きわめて少ないが無料で対応する病院もあることはある。しかし、常時無料で対応しているかどうかは定かでない。わずかの市町村(5%程度)において公的な助成制度(限度額を決めて)が実施されているが、ほとんどは利用者の自己負担である。その上に、例えば、車いすや補聴器の交付意見書を請求するために病院を受診すると、車いすの操作能力や適性の評価、聴力検査などが必要になる。従って、文書料以外に初診料を含めて検査料が請求される。こうした場合はしばしば療養費として扱われず健康診断と同様に自費払いとなり相当の高額負担(時には、合計すると30,000円以上?)を強いられているのが実態である。

利用者の便宜性を優先して医師の意見書による書類判定や市町村の判断で補装具の給付を行うのであれば、意見書の発行に当たって生じている利用者的高額な負担に対しても制度的に考慮されなければならない。

4) 更生医療

①近年の重度障害に対する医学と治療技術の進歩は目覚しく、更生医療の内容についても治療法の適性判断、内容の理解にきわめて高度な医学的知識が必要になり、更生相談所レベルでは追認することが困難になっている。やむを得ず会計処理上の文書の検収に終始することになっているのが実態ではないかといえる。

②人工透析、抗免疫療法にしても、治療法の進歩などが著しく、これまでの更生医療の考え方では納得できない矛盾や判断に悩むことが生じており、医療保険との整合性を見直すとともに、更生医療のあるべき姿を改めて検討する必要がある。

③身体障害者手帳と同時申請がますます多くなっている。緊急性の高い治療法が多くなり地域によっては事後処理となるが増えている。

一つには医療関係者の制度に対する認識不足が招いた現象であるが、現在の高度医療の時代に昔ながらの制度に拘って、急速な医療技術の進歩に追従できない関係者が面倒な判定を行って措置していることにも原因がある。

更生医療が今後も継続されるのであれば、このような事態に対する制度の見直し、更生相談所機能の適正化と市町村との連携の執り方などを徹底的に改善する必要があると考える。

④医療保険を柱として医療に対するいろいろな助成制度が施行されている時代に、依然として旧態のままでも更生医療を継続する意義を改めて問う次第である。

5) 施設入所

①社会福祉基礎構造改革に伴う施設制度の変革が進む中での調査であるが、施設入所の本質に関わる意見は見られなかった。施設の絶対数の不足からきている入所困難の状況に対して、専門的な評価に基づく入所適性の判定を行う入所調整機関としての更生相談所に対する市町村の期待は予想以上に大きく、利用契約制度に変わっても存続を望む声は強い。

②施設設置に関して著しい地域格差が生じた原因の一つは、例えば都道府県レベル、或いは市町村レベルで人口比や地域特性を勘案した地域の施設設置基準(地域における施設の基本的病床数、地域的な分散を考慮した施設設置基準など)が定められていないことが招いた現象ではないかと考えられる。

3 市町村障害者(児)福祉担当者の研修

①「課内での症例検討会・学習会」から「国が主催する研修会等」までの6段階のステップについての回答は、「身更相が主催する研修会等」への参加が74.6%(44市83町20村)と高く、市町村の日常業務と身更相との関連性がいかに障害者福祉において重要であるかという事実を示している。「県主催の研修会等」も58.4%と高い参加率であったが、「国が主催する研修会等」への市町村からの参加は5.6%と低かった。これは、市町村の業務が持っている日常性に対して、高いレベルでの行政的な研修は実践的でないことを示しているのではないかと考えられる。このように、市町村障害者(児)福祉担当者の研修の必要性が謳われているにもかかわらず、実際に研修を受ける機会は決して多くないことが明らかになった。

現場の人員構成が不足した状態であり研修を受ける余裕がないこと、市町村に担当者を専門職と認識して養成しようとする姿勢がないこと、受けやすい時期や場所が考慮されていないこと(主催者の都合で時期と場所は決められている)、研修の内容が実践的でないこと(形骸化の謗りを免れない研修会も多い)、などが原因であると考えられる。参加し易い状態を考えると、「保健医療福祉圏域での研修会の開催」を求める声が多いことも納得できるし、市町村職員の研修には「圏域」を活用した体制を組むことも必要である。

②市町村が専門的な窓口担当者を養成する意志を持ち、受講者がすぐに転勤するような悪習を断つ勇気と努力がなければ、そして、市町村の意志を尊重して都道府県を指導する姿勢が国に芽生えることがなくては、百年一日大きな改変は期待できないのではないだろうか。

4 地域リハビリテーションにおける技術的支援と研修

①今回の調査で「地域にこの分野で頼れるところがない」という回答が4市14町10村(14.3%)あったことは、今後の障害者福祉施策の展開において注目すべきことであると考えられる。

身更相が28.4%を占めているが、研修会等への参加状況と比べて考えると、地域リハビリテーションにおける技術的相談支援の中核としての身更相の位置付けがまだまだ不十分であることを示している。その他の施設にしても保健所13.7%、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等の県士会11.7%程度であって、「近くにあったから」、「専門職が常勤しているから」といった理由で利用されているのであって、組織的に相談支援を受ける体制が整っていないことは明らかである。

②市町村にとっては、更生相談所が地域リハビリテーションにおける技術的支援と研修に大きな役割を果たしていることは明らかであるが、まだ十分にその責務を果たしているとは評価されていないことが明らかにされた。更生相談所の専門的相談指導機関としての組織的な内容の充実と人材の養成が何よりの課題であるといっても過言ではない。

専門職の人材を養成することと同時に、事務職の中に専門的な知識と経験を持った人材を市町村が養成していける環境を構築することが、これからの障害者(児)福祉制度改革の核心課題であると言いたい。

③地域によっては、「この分野に関して頼れるところがない」とする市町村が、4市14町10村(14.3%)あったという信じ難い結果がでてきている。地理的な条件によるものが大きな原因であると思われるが、来たるべき制度の改革を迎え、ここまで述べてきた数々の課題をクリアした上で、この結果を真摯に受け止めて市町村に対する相談指導のネットワークをつくり、情報連携のシステムづくりを一からやり直して、全国何処でも同じレベルで円滑なサービスの提供が行える障害者(児)福祉体制作りが始まることを期待したい。

5 まとめ

身体障害者福祉法が施行されて半世紀を越えた、その間、身障者福祉には医学領域におけるリハビリテーシ

ョンの理念が導入され著しい発展を遂げた。併せて、障害者基本法の成立、高齢者に対する介護保険法の施行、そして社会福祉法の成立などがあって障害者福祉は新しい世代へ突入しようとしている。

新しい世代を迎えるにあたって、障害者援護の実施者である市町村の障害者福祉担当者はいかにあるべきか、今回の実態調査を通して得られた課題を述べる。

- 1) 障害者福祉の第一線窓口としての市町村における障害者福祉担当者の配備基準の根拠が希薄であり、異なった法と制度によって施行されている身体障害者福祉・知的障害者福祉・児童福祉の実践現場での各々の位置付けが明確にされていないことが明らかになった。人口を基本として、地域性や技術的環境を考慮できる専門的な職場として人員配備基準を作る必要がある。同時に、身障・知障・児童の三分野における市町村の担当者業務を整理して合理化すること、少なくとも一人の担当者が対応できる業務量(内容)について地域格差をなくする基準が必要である。
- 2) 都道府県、市町村に、障害者福祉部門の業務に専門的、技術的な内容がきわめて濃厚であることを認識し、障害者福祉担当者の専門性を向上させ、養成しようとする姿勢が希薄である。障害者福祉担当者の配属を決定するに当たっては、それまでの経験を重視し、5年以上の勤続を認めて専門性の高い障害者福祉担当者を養成する姿勢がなくてはならない。
- 3) 高齢者・重度障害者を対象とするのであるから、利用者の障害状況、身体機能、生活能力などに対して適切な評価ができるような保健医療分野の支援体制を確保する必要がある。同時に、市町村においても担当者を支援できる知識と経験を持った医師をはじめとする医療関係者を養成する姿勢が欲しい。
- 4) 巡回相談は、現場における最適性評価、入所調整など専門的な判断と指導を求めて、新しい時代にも継続して行ってほしいという市町村からの要請が高い。現状では、巡回相談の実施は、地域(都道府県)に任されており、実施者の認識レベルによって周知方法、実施方法や利用方法に地域格差が大きいことが明らかになった。巡回相談の具体的な実施方法、地域での利用方法などを検討し、基準を作ることが必要であると思われる。巡回相談会場の選定ひとつにも地域の担当者が一人で難渋しているのが現状である。
- 5) 補装具交付に関しては、市町村の担当者レベルに補装具というハードウェアの知識と、障害者のリハビリテーションというソフトウェア(補装具の使用状況)に対する経験のないことが問題である。従って、担当者養成プログラムの柱として都道府県レベルで開催する実践的な実務研修会を開催することが必要である。
- 6) できれば障害保健福祉圏域レベルで開催し地域の担当者が参加しやすくすることが重要であり、市町村には現場の担当者が人的、時間的余裕を持って研修に参加できる環境を作る理解と努力を期待したい。
- 7) 今後、医師の発行する意見書が増えると予測される。意見書の発行に際しては医療機関任せになるために文書料を徴収されるのが一般的である。初診料や検査料を含めると相当の高額が利用者の負担になる。文書料徴収の是非を含めて検討し、何らかの対応が必要であると考えます。
- 8) 現状でも「地域にこの分野で頼れるところがない」とする市町村があることは、障害者福祉における市町村の格差是正が必要であり、専門的技術的支援の中核としての更生相談所の位置付け(人的・予算的)と地域のネットワーク作りを具体的に検討しなければ、円滑な障害者福祉の展開は期待できないことを如実に表しているように思われる。

平成 12 年度厚生科学研究費補助金
(厚生科学特別研究事業)

法改正に伴う身体障害者及び知的障害者更生相談所
のあり方に関する研究

〈支援費支給制度における知的障害程度区分のあり方〉

分担研究者

福島県知的障害者更生相談所長

福島県精神保健福祉センター所長

金子元久

厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）

分担研究報告書

支援費支給制度における知的障害程度区分のあり方に関する研究

分担研究者 金子 元久 福島県知的障害者更生相談所長
福島県精神保健福祉センター所長

研究要旨

全国の知的障害者更生相談所(以下「知更相」と略す。)の職員体制や業務について、アンケート方式による実態調査を行った。調査票の回答を行った知更相は70か所、回収率は97.2%であった。結果は以下の如くであった。①知更相の職員体制を見ると、職員総人員数、職員構成のいずれにおいても施設間格差が大きい。知的障害者福祉法に示されている標準的な職員構成を満たす知更相はきわめて少数であった。職種別の職員配置状況では、全国的に、常勤医師の配置が不足しており、また、知的障害者福祉司及び心理判定員については兼任常勤が多く、専任常勤の配置が不足していた。全般的に職員体制が貧弱であった。②更生相談の実施状況については、主な相談内容は療育手帳の判定、重度認定、施設利用判定などであったが、相談の実施形態においても、また実施件数においても施設間格差が大きい。③判定会議を開催している施設は全知更相の約2/3であった。④療育手帳制度については、障害の程度区分や療育手帳の程度の表記、重複障害の取扱いなどにおいて各都道府県間に違いが見られ、全国的に見て不統一であった。⑤施設入所者の措置費重度加算に関する重度認定や援護施設入所調整会議、市町村・施設への援助、アドボカシーへの取り組みなどについても各知更相でまちまちであった。以上の結果から、大部分の知更相においては貧弱な職員体制のため、業務が十分に遂行できない状況にあると考えられる。今後、支援費支給制度に伴う市町村への支援などの新しい業務が求められた場合には地域の実情に応じた人員増が必要と考えられた。

A 研究目的

これまでの知更相の主な業務は、知的障害者の福祉についての家庭その他からの相談、知的障害者の医学的、心理学的及び職能的判定、また、これに付随した必要な指導、さらに知的障害者福祉司に対する技術指導などとされてきた（昭和35.6.17付厚生省社会局長通知）。しかるに、平成12

年の地方分権一括法の施行、また社会福祉事業法等の改正により、従来の業務に加えて、さらに支援費支給制度の実施に伴う市町村への支援などの新しい業務が求められている。

そこで、本研究では、支援費支給制度における知的障害程度区分のあり方についての基礎的研究として、知更相の組織・体制

や業務についての現状を調べ、法改正後の職務遂行上の問題点を検討したので報告する。

B 研究方法

全国72の都道府県・指定都市（以下「都道府県」と略す。）の知更相を対象として、平成12年4月現在における組織・体制並びに業務状況等（平成11年度実績含む）についてアンケート方式による実態調査を行った。これに用いた調査票は、当研究班が独自に作成した「知的障害者更生相談所業務に関する実態調査」で、調査項目は、1. 組織・体制、2. 管轄区域の状況、3. 更生相談、4. 療育手帳制度、5. 施設入所者の措置費重度加算にかかる重度認定、6. 援護施設入所調整会議、7. 市町村、施設への技術援助などからなる。参考まで調査票原本を巻末に示した。

調査票原本では知更相の名称や記入者などを実名記載としたが、本研究班において、業務上のプライバシーに関する内容については、施設の特定制が行われることのないように十分配慮することを申し合わせた。また、資料は事務局にて厳重に管理すること、集計資料は本調査以外の目的には用いないことを確認した。

調査票の回答を行った知更相は70か所、回収率は97.2%であった。

C 結果と考察

I 組織・体制

1 設置形態（回答数 70）

表1は全国知更相の設置形態、所長の職種並びに職員の人員配置状況の一覧である。各知更相の配列順序は無作為に行った。また、表2は知更相の設置形態をまとめたものである。

平成12年3月、調査時点における全国知更相の設置形態をみると、単独設置が3か

所、総合施設（組織が一本化され施設長が一人）の中の一部門として設置が36か所、併設（同一敷地内または同一建物内に他施設があるが、施設としては独立している）が31か所であった。単独設置はごく少数で、大部分が総合または併設であった。

総合、併設の内訳を見ると、総合施設においては58.3%が身体障害者更生相談所（以下「身更相」と略す。）と児童相談所（以下「児相」と略す。）を含み、また、併設では児相との併設（35.3%）、または身更相との併設（29.0%）が多い。なお、知更相を複数設置している都道府県は、新潟県（5か所）、静岡県（4か所）、島根県（4か所）、長崎県（2か所）、並びに鹿児島県（2か所）であった。

2 所長の専任、兼任別（回答数 70）

表3に示すごとく、知更相所長の専任、兼務別については、専任が10名、兼務が60名と大多数が兼務の所長であった。兼務している他の施設としては、身更相及び児相の兼務（35.0%）や身更相の兼務（28.3%）、児相の兼務（21.7%）などが多かった。

3 併設施設の運営主体（回答数 70）

知更相に併設されている他施設の運営主体は、その75%が直営であり、その他は社会福祉事業団などであった。

4 現組織についての利点と不利な点（回答数 59）

表4に現組織についての利点と不利な点についての主な意見を集約して示した。

総合施設における、又は身更相、児相と併設された知更相においては、業務量が多くなり、他の相談所の業務に追われ、相対的に知更相業務が軽視されてしまうこと、また、専門性も低下するという意見が多い。