

表1 聞き取り調査結果と今後のセンター業務のあり方

センター業務の9本柱	事業展開上の特徴		センターが役だったこと	センターに期待すること			業務のあり方
	個々の事業特徴	3センター共有の事業特徴		地域ユーザー	本庁関係者	共通の期待	
1 企画立案	本庁と協働で行う企画 進行管理評価 大阪		本庁と協働で行う企画 進行管理評価 出前方式での技術支援	企画立案への参入			本庁と協働で行う企画立案
2 技術支援			出前方式での技術支援	出前方式の技術支援	技術支援		出前方式の技術支援
3 教育研修	地域のづくり:埼玉		地域のづくり	市町村・民間団体 職員の研修	研修		参加型研修による新たな地域のづくり
4 調査研究		政策立案に役立つ調査研究		政策立案に結びつく調査研究 新たな地域ニーズの吸い上げ			政策立案に役立つ調査研究
5 普及啓発		広域情報センター機能	県内他地域や国の動向に関する情報の提供	適時適切な具体的実践的情報の提供 生活者の視点にたった情報の提供 一般企業向けの広報普及	生活圏と広域圏とをつなぐ情報センター 学校・職域、地域住民向けの広報普及		広域情報センター機能 広域普及啓発
6 精神保健福祉相談			出前方式の相談支援	出前方式の相談支援			出前方式の相談支援
7 組織育成	関係他部署を含む広域ネットワークづくり: 神奈川	広域ネットワークづくり	広域ネットワークづくり	本庁レベルでの関係 連部局の連携の促進		地域保健と学校、職域保健の統合の推進	広域ネットワークづくり
8 精神医療審査会事務							有機的な事業展開
9 32条・手帳判定業務							有機的な事業展開
10 その他		有機的な事業展開				有機的な事業展開 今日的ビジョンの確立	有機的な事業展開 今日的ビジョンの確立

図1 就労支援促進事業の7つの側面（精神保健福祉センターの7機能との関連）

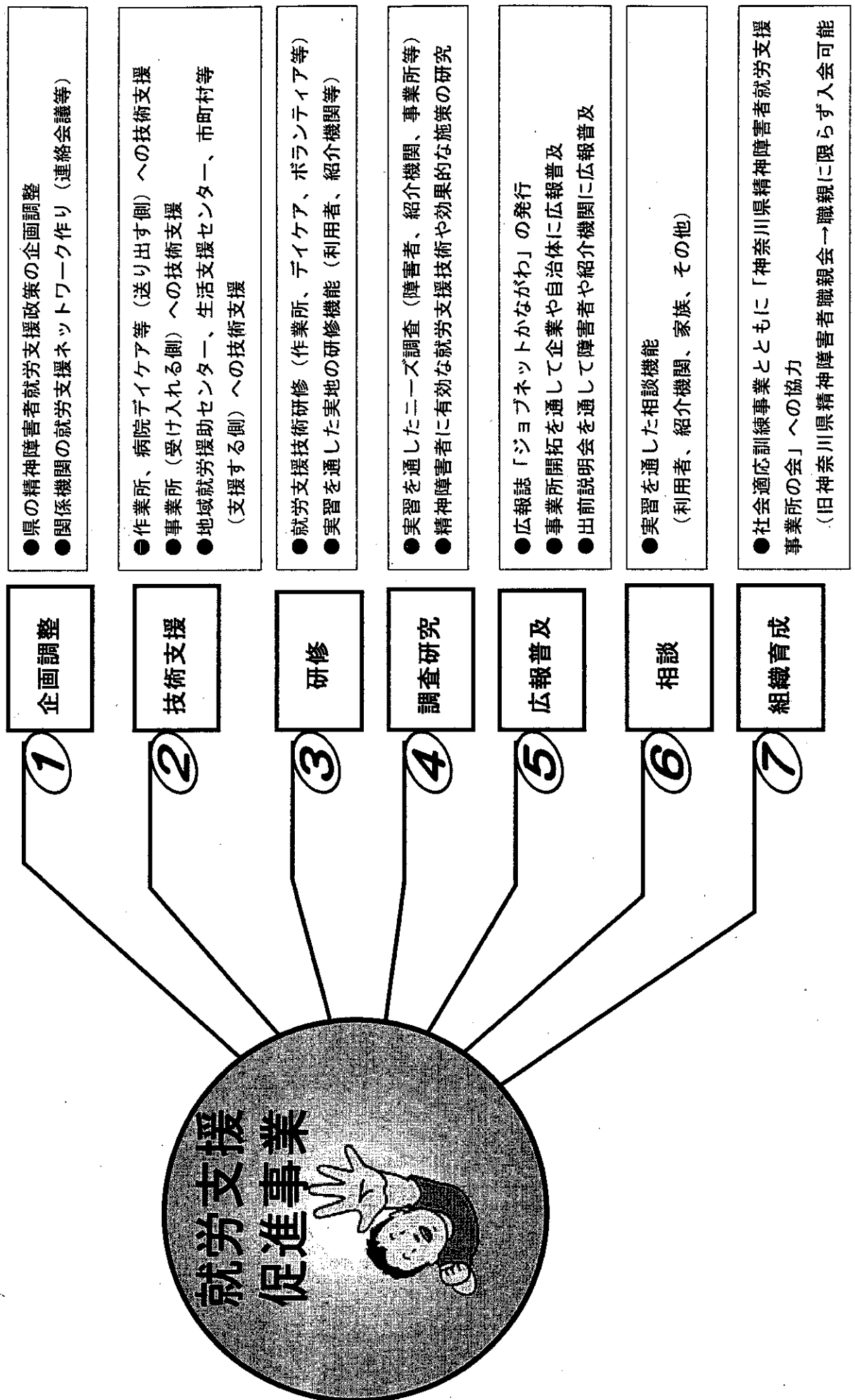


表2 本庁及び精神保健福祉センターにおける平成13年度事業実施の有無に関する評価

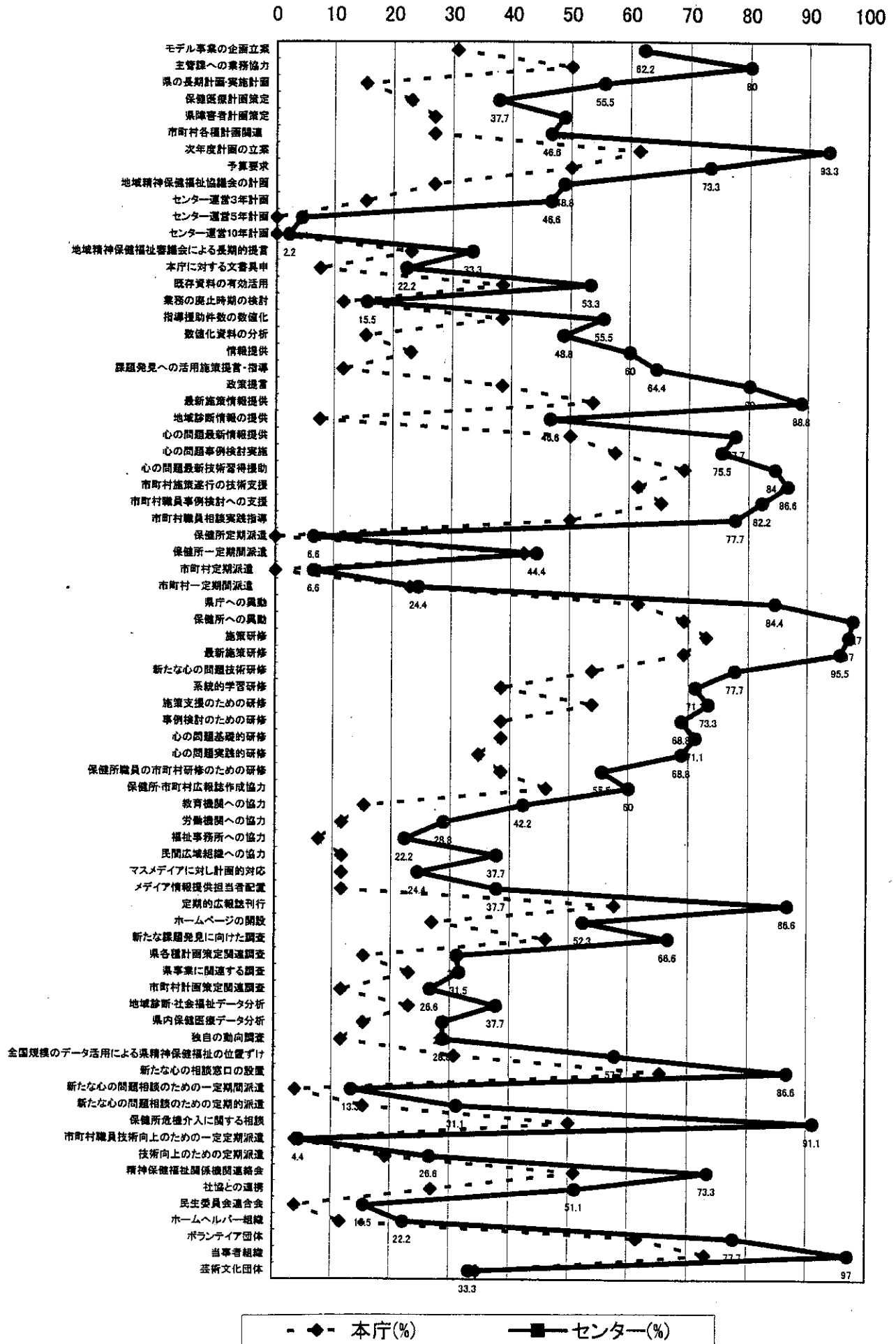
事業項目		具体的事業	本庁(%)	センター(%)	
企画立案	企画立案	モデル事業の企画立案	30.7	62.2	
		主管課への業務協力	50	80	
		県の長期計画・実施計画	15.3	55.5	
		保健医療計画策定	23	37.7	
		県障害者計画策定	26.9	48.8	
		市町村各種計画関連	26.9	46.6	
	センター事業計画	次年度計画の立案	61.5	93.3	
		予算要求	50	73.3	
		地域精神保健福祉協議会の計画	26.9	48.8	
		センター運営3年計画	15.3	46.6	
		センター運営5年計画	0	4.4	
	その他	センター運営10年計画	0	2.2	
		地域精神保健福祉審議会による長期的提言	23	33.3	
		本庁に対する文書具申	7.6	22.2	
		既存資料の有効活用	38.4	53.3	
技術的指導及び援助	技術指導・援助	業務の廃止時期の検討	11.5	15.5	
		指導援助件数の数値化	38.4	55.5	
		数値化資料の分析	15.3	48.8	
		情報提供	23	60	
		課題発見への活用施策提言・指導	11.5	64.4	
		政策提言	38.4	80	
	保健所支援	最新施策情報提供	53.8	88.8	
		地域診断情報の提供	7.6	46.6	
		心の問題最新情報提供	50	77.7	
		心の問題事例検討実施	57.6	75.5	
		心の問題最新技術習得援助	69.2	84.4	
		市町村施策遂行の技術支援	61.5	86.6	
		市町村職員事例検討への支援	65.3	82.2	
		市町村職員相談実践指導	50	77.7	
	センター職員の派遣	保健所定期派遣	0	6.6	
		保健所一定期間派遣	42.3	44.4	
		市町村定期派遣	0	6.6	
		市町村一定期間派遣	23	24.4	
		県庁への異動	61.5	84.4	
		保健所への異動	69.2	97.7	
	教育研修	教育研修	施策研修	73	97
			最新施策研修	69.2	95.5
			新たな心の問題技術研修	53.8	77.7
			系統的学習研修	38.4	71.1
施策支援のための研修			53.8	73.3	
事例検討のための研修			38.4	68.8	
心の問題基礎的研修			38.4	71.1	
心の問題実践的研修			34.6	68.8	
保健所職員の市町村研修のための研修			38.4	55.5	
普及・啓発	普及・啓発	保健所・市町村広報誌作成協力	46.1	60	
		教育機関への協力	15.3	42.2	
		労働機関への協力	11.5	28.8	
		福祉事務所への協力	7.6	22.2	
		民間広域組織への協力	11.5	37.7	
		マスメディアに対し計画的対応	11.5	24.4	
		メディア情報提供担当者配置	11.5	37.7	
		定期的広報誌発行	57.6	86.6	
		ホームページの開設	26.9	52.3	
		調査研究	調査研究	新たな課題発見に向けた調査	46.1
県各種計画策定関連調査	15.3			31.1	
県事業に関連する調査	23			31.5	
市町村計画策定関連調査	11.5			26.6	
地域診断・社会福祉データ分析	23			37.7	
県内保健医療データ分析	15.3			28.8	
独自の動向調査	11.5			28.8	
全国規模のデータ活用による県精神保健福祉の位置づけ	30.7			57.7	
精神保健福祉相談	精神保健福祉相談	新たな心の相談窓口の設置	65.3	86.6	
		新たな心の問題相談のための一定期間派遣	3.8	13.3	
		新たな心の問題相談のための定期的派遣	15.3	31.1	
		保健所危機介入に関する相談	50	91.1	
		市町村職員技術向上のための一定定期派遣	3.8	4.4	
		技術向上のための定期派遣	19.2	26.6	
組織育成	連携と組織づくり	精神保健福祉関係機関連絡会	50.9	73.3	
		社協との連携	26.9	51.1	
		民生委員会連合会	3.8	15.5	
		ホームヘルパー組織	11.5	22.2	
		ボランティア団体	61.5	77.7	
		当業者組織	73	97	
		芸術文化団体	34.6	33.3	

注：質問紙調査では、全国47センターと26主管課から回答があり、回答率はそれぞれ78.3%、44.8%であった。

注：本庁(%)：平成13年度現在で各事業項目別について実施しているとした本庁の比率(26都道府県)

センター(%)：平成13年度現在で各事業項目について実施しているとしたセンターの比率(47センター)

図2 平成13年度事業実施の有無に関する評価



- ◆ - 本庁(%) - ■ - センター(%)

表3 相互連携が重要な機関

連携先機関	本庁(%)	センター(%)
主管課	80.8	88.9
保健所	84.6	91.1
身体障害者更正相談所	0	0
知的障害者更正相談所	0	2.2
教育センター	3.8	11.1
障害者職業センター	15.4	22.2
県・市福祉事務所	11.5	8.9
婦人相談所	3.8	2.2
児童青少年相談機関	34.6	42.2
高齢者相談機関	3.8	0
警察少年相談等	3.8	2.2
権利擁護相談機関	7.7	6.7
市町村福祉課	38.5	37.8
市町村保健センター	30.8	53.3
市町村社会福祉協議会	7.7	11.1
精神障害者社会復帰施設	38.5	46.7
精神保健福祉NPO・NGO団体	3.8	17.8
病院	42.3	31.1
診療所	15.4	8.9
その他	3.8	6.7

注：今後連携が必要と思われる機関を5つ選んでもらった。

注：本 庁(%)：26都道府県で必要と答えた自治体の比率

センター(%)：47センターのうち必要と答えたセンターの比率

図3 相互連携が重要な機関

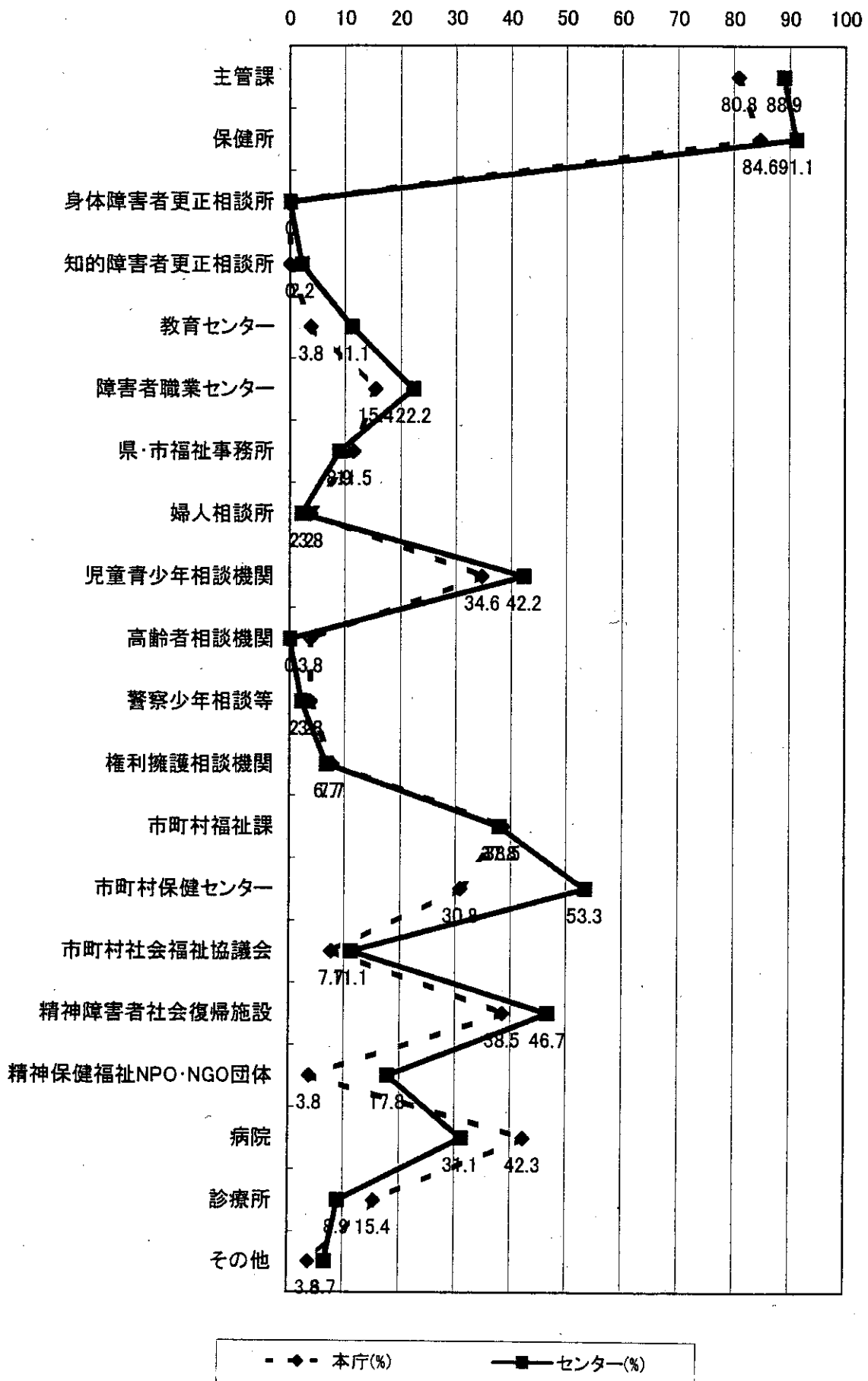


図4-1：こころの健康と精神疾患・障害に関する構造的支援システム

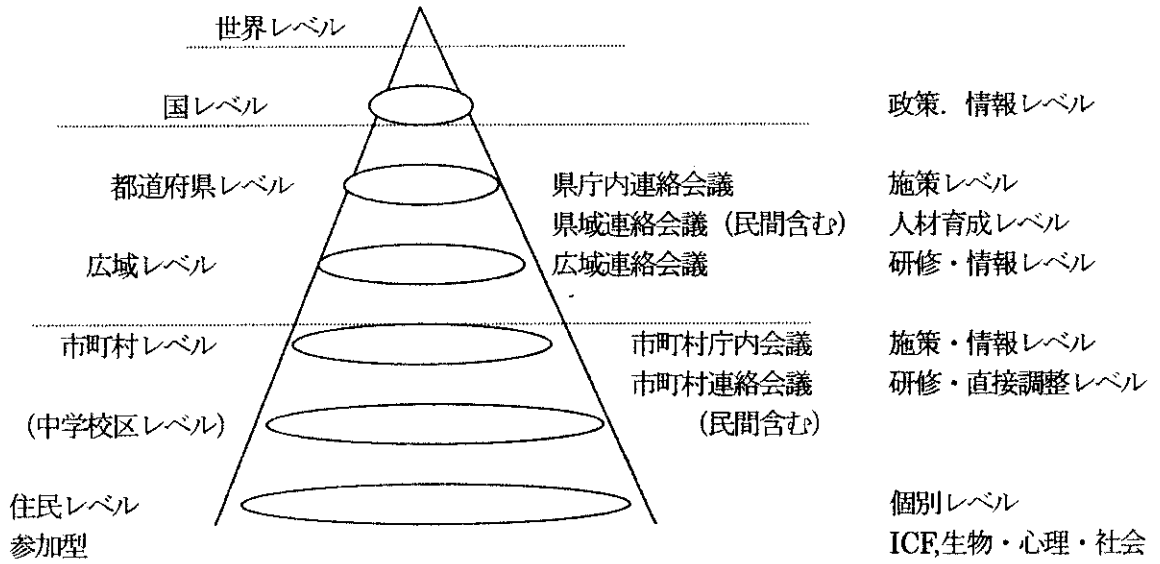
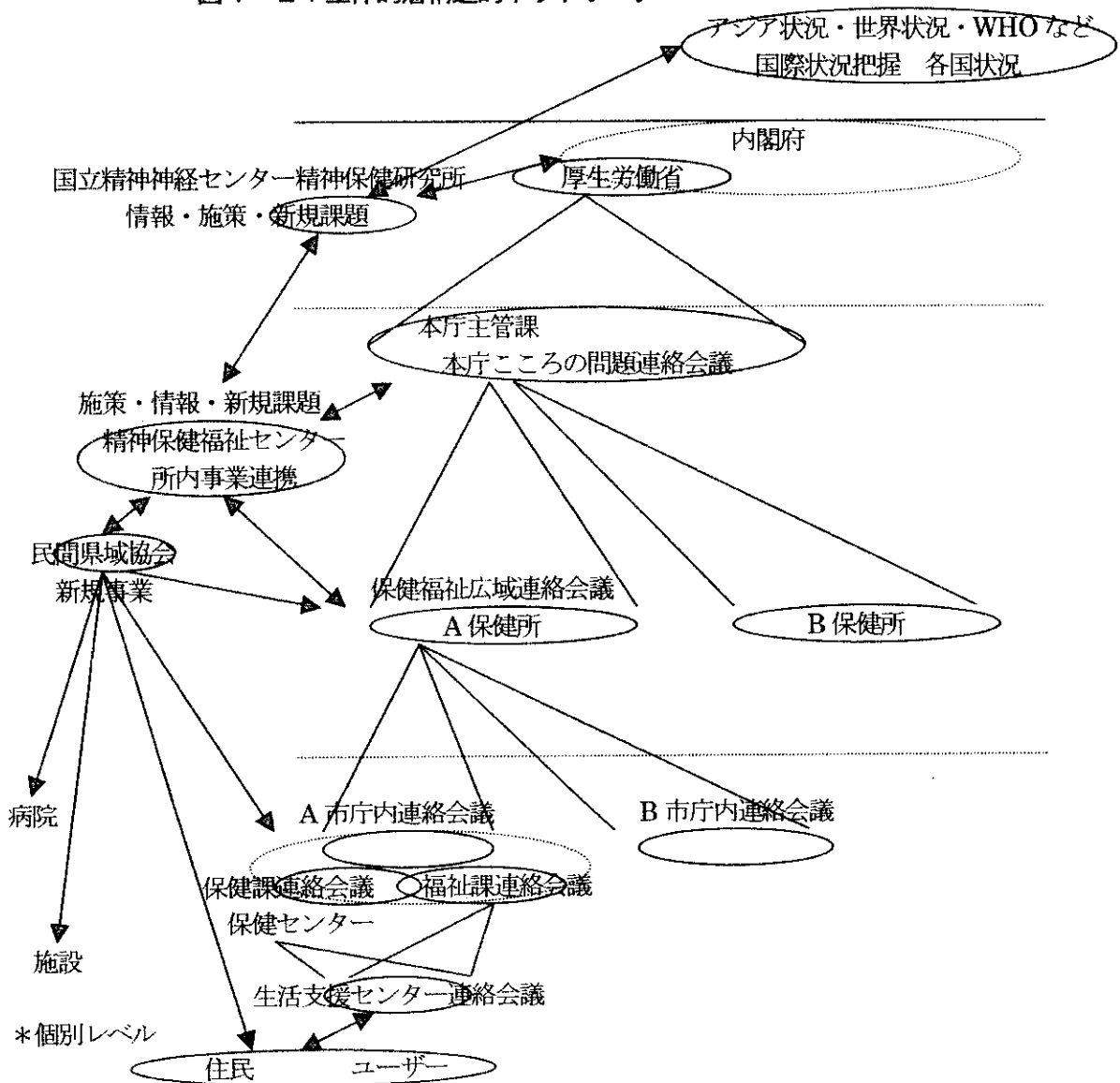


図4-2：立体的層構造的ネットワーク



グループ・インタビュー出席者一覧(敬称略)

(1) 就労支援促進事業を介して精神保健福祉センター業務のあり方を考える

日時：平成14年12月26日 9:30～11:30

場所：藤沢産業センター

司会：埼玉県立大学保健医療福祉学部 高畑 隆
東京都立多摩総合精神保健総合センター 川関 和俊

出席者：地域作業所ファミール 山口 明美
相州メンタルクリニックデイケア 宮内 匡子
茅ヶ崎市障害福祉課 石井 有子
小田原保健福祉事務所 石塚 祥子
横須賀市社会福祉事業団よこすか就労援助センター 下江 秀雄
藤沢公共職業安定所 寺崎 圭子
神奈川県精神保健福祉センター 小島伸一朗
埼玉県立精神保健福祉センター 天野 宗和

(2) 市町村支援事業を介して、精神保健福祉センターの業務のあり方を考える。

日時：平成15年1月21日 9:30～12:00、

場所：埼玉県立精神保健福祉センター

司会：東京都立多摩総合精神保健総合センター 川関 和俊
埼玉県立大学保健医療福祉学部 高畑 隆

出席者：精神障害者地域支援センターふれんだむ 岩上 洋一
精神障害者小規模作業所ステップ工房 鶴沼 耕一
上尾市開発指導課(前障害福祉課) 渡辺 繁博
川越保健所 尼崎 瑞恵
前埼玉県立精神保健福祉センター長 佐々木雄司
埼玉県立精神保健福祉センター 天野 宗和

(3) 自立支援促進会議・退院促進事業を介して精神保健福祉センターの業務のあり方を考える

日時：平成15年2月3日 13:30～16:00

場所：大阪府こころの健康総合センター

司会：神奈川県精神保健福祉センター 桑原 寛
〃 山田 正夫

出席者：財団法人精神障害者社会復帰協促進協会 奥村 由美
大阪府こころの健康総合センター企画課 鹿野 勉
〃 地域支援課 吉原 明美
〃 原 るみ子
大阪府障害保健福祉室精神保健福祉課 米田 正代
大阪府立中宮病院 籠本 孝雄

平成14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）
都道府県・市町村等における精神保健福祉施策の充実に関する研究
分担研究報告書

市町村等における精神保健福祉施策の推進に関する研究

分担研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究協力者 立森 久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）

浅野 弘毅（仙台市立病院）

五十嵐良雄（秩父中央病院）

桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）

助川 征雄（田園調布学園大学）

渕野 勝弘（緑ヶ丘保養園）

三宅 由子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

長沼 洋一（東京大学大学院医学系研究科）

小山 智典（東京大学大学院医学系研究科）

宮田 裕章（東京大学大学院医学系研究科）

研究要旨：本研究は、介護保険利用における精神障害者（痴呆性高齢者を含む）の実態や処遇を明らかにすることにより、老人性痴呆疾患を含む高齢精神障害者に対する障害保健福祉および介護保険の、制度上の連携における課題の有無を明らかにするとともに、これからの在宅高齢精神障害者の介護に関する課題を整理することを目的とした。地域性を考慮して選択した宮城県，埼玉県，神奈川県，高知県，大分県，鹿児島県の6県の全市町村および全国12の政令指定都市の計413市町村の介護保険担当課を対象に，質問紙調査を郵送式で実施し，248市町村（回収率60.0%）から回答を得た。介護老人保健施設の利用や訪問介護の利用において，痴呆性疾患，精神障害，知的障害または精神症状や問題行動のために，介護が著しく困難になったり，利用を中止したりした事例を経験した市町村は6割近く存在することが明らかとなった。また，介護保険の適切な実施のために，精神医療との連携を充実させる必要性を感じたことのある市町村も7割近く存在した。これらのことから，現状でも痴呆性疾患，精神障害，知的障害に起因する問題が介護保険の領域でも存在し，それへの対応の必要性を市町村が認識していることが窺える。今後，在宅精神障害者数の増加および高齢化とともに，介護保険の領域においても精神障害者への対応が一層必要となることが予想され，今回の調査で把握した以上の数の問題が生じる可

能性がある。将来の状況に適切に対応するためには、都道府県・市町村における介護保険担当課と精神保健福祉担当課間の情報の共有を促進するための枠組みづくり、連携の強化が必要である。

A. 研究目的

地域社会全体の高齢人口の増加に伴って65歳以上の痴呆性老人数が増加している。昭和60年の痴呆出現率と平成4年9月の厚生省人口問題研究所の人口将来推計に基づく推計よれば、65歳以上の痴呆性老人数の将来推計値は平成17年には155.8万人(65歳以上人口比7.63%)、平成22年には225.6万人(同8.13%)となっている。また、社会全体の高齢化の進展とともに、在宅および在院の精神障害者の高齢化が進み、特に精神病院在院患者の3人に1人は65歳以上となっている。社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」には、「受け入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰があげられたが、この精神病床から退院する患者には中高年者が多数含まれると予想される。また同報告書には精神障害者の地域生活の支援の中に「精神障害者のうち介護保険サービスの利用を希望する者に対しては、精神障害者の社会復帰支援に当たる者や介護保険のサービス事業者等において、相談支援、情報提供等、適切な援助を実施する」ことが求められている。このように精神障害者の高齢化とともに、介護保険の領域においても精神障害者への対応が一層必要となること

が予想される。

市町村を中心とした精神障害者の在宅福祉サービスの推進においては、高齢精神障害者の処遇における、障害保健福祉と介護保険との円滑な連携はきわめて重要であり、この課題に適切な方策を示すことは、精神保健福祉に関する普及啓発においてもきわめて大きい意義がある。

本研究は、介護保険利用における精神障害者(痴呆性高齢者を含む)の実態や処遇を明らかにすることにより、老人性痴呆疾患を含む高齢精神障害者に対する障害保健福祉および介護保険の、制度上の連携における課題の有無を明らかにするとともに、これからの在宅高齢精神障害者の介護に関する課題を整理することを目的とした。

B. 研究方法

人口当たりの精神病床や市町村の人口規模等の地域性を考慮して選択した宮城県(70)、埼玉県(89)、神奈川県(35)、高知県(53)、大分県(58)、鹿児島県(96)の6県(括弧内は市町村数)の全市町村および全国12の政令指定都市の計413市町村の介護保険担当課を対象に、介護保険における痴呆性高齢者を含む精神障害者の実態や処遇に関して尋ねる質問紙調査を郵送式で実施した。期日までに回答

のなかった市町村・政令市には、郵送による再依頼を行った。

その結果、248 市町村（回収率 60.0%）から回答を得た。回答をデータベース化し、介護保険利用における精神障害者（痴呆性高齢者を含む）の実態や処遇について以下の分析を実施した。

まず、回答の得られた市町村全体の分析を行った。次に介護保険担当課と精神保健福祉担当課の組織上の位置づけに着目し、この両担当課が組織上「別の課」になっている市町村と「同一の課」になっている市町村に区分して比較を行った。

C. 研究結果

1. 全体の集計結果

精神科の病床をもつ精神科病院・診療所のある市町村は 95 市町村（38.3%）、ない市町村は 148（59.7%）であった（表 3）。

精神科の無床診療所のある市町村は 63（25.4%）、ない市町村は 169（68.1%）であった（表 4）。

単独で介護認定審査会を設置している市町村は 79（31.9%）、他の市町村と共同で設置している市町村は 169（67.7%）であった（表 5）。

平成 14 年 4 月から 12 月の間に、介護保健サービスを行っている施設、ケアマネージャー、ホームヘルパーから、精神障害で精神症状や問題行動のある事例について相談や支援を求められたことがあった市町村は 130（52.4%）、なかった市町村は 102

（41.1%）、「わからない」と答えた市町村は 14（5.6%）であった（表 6）。

平成 14 年 4 月から 12 月の間に、介護保険の居住サービス利用者の精神症状や問題行動のために、同じ市町村の精神保健福祉担当者または保健師などに相談した市町村は 143（全市町村のうちの 57.7%）、保健所に相談した市町村は 68（27.4%）、精神科の病院に相談した市町村は 70（28.2%）、精神科の診療所に相談した市町村は 19（7.7%）、老人性痴呆疾患センターに相談した市町村は 6（2.4%）、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターに相談した市町村は 9（3.6%）、その他の機関や施設に相談した市町村は 14（5.6%）であった。相談を行ったことがない市町村が 105（42.3%）であった（表 7）。

要介護・要支援認定となっている者のうち、精神障害者保健福祉手帳の保有者数を把握している市町村は 55（22.2%）、把握していない市町村は 168（67.7%）、「わからない」と答えた市町村は 22（8.9%）であった（表 8）。

要介護・要支援認定となっている者のうち、精神障害による障害年金受給者数を把握している市町村は 34（13.7%）、していない市町村は 185（74.6%）、「わからない」と答えた市町村は 27（10.9%）であった（表 9）。

介護保険の適切な実施のために、精神医療との連携を充実させる必要性を感じたことのある市町村が 168（67.7%）、なかった市町村は 36

(14.5%)、「わからない」と答えた市町村は44(17.7%)であった(表10)。必要性を感じたことがあると回答した168市町村のうち41市町村(全体の16.5%)が平成14年4月から12月の間に、介護保険の居住サービス利用者の精神症状や問題行動のために、他の機関・施設に相談を行ったことがなかった。

平成14年10月から12月の3カ月間に、主治医意見書あるいは認定調査票の特記事項に痴呆性疾患の記載があつて、要介護認定の申請のあつた事例があつた市町村は207(83.5%)、なかった市町村は0(0.0%)、「わからない」市町村は35(14.1%)であった(表11)。同様に特記事項に痴呆以外の精神疾患の記載があつて、要介護認定の申請のあつた事例があつた市町村は124(50.0%)、なかった市町村は52(21.0%)、「わからない」市町村は66(26.6%)であった(表12)。また、特記事項に知的障害の記載があつて、要介護認定の申請のあつた事例があつた市町村は73(29.4%)、なかった市町村は85(34.3%)、「わからない」市町村は83(33.5%)であった(表13)。

平成14年10月から12月の3カ月間に、主治医意見書あるいは認定調査票の特記事項に痴呆性疾患の記載があつて、二次判定で要介護・要支援認定となつた事例があつた市町村は183(73.8%)、なかった市町村は10(4.0%)、「わからない」市町村は47(19.0%)であった(表14)。また

特記事項に痴呆以外の精神疾患の記載があつて、二次判定で要介護・要支援認定となつた事例があつた市町村は108(43.5%)、なかった市町村は56(22.6%)、「わからない」市町村は75(30.2%)であった(表15)。同様に特記事項に知的障害の記載があつて、二次判定で要介護・要支援認定となつた事例があつた市町村は61(24.6%)、なかった市町村は85(34.3%)、「わからない」市町村は93(37.5%)であった(表16)。

平成14年10月から12月の3カ月間に、主治医意見書あるいは認定調査票の特記事項に痴呆性疾患の記載があつて、要介護認定あるいは要介護状態の区分の判定が一回の会議で決定しなかつた事例があつた市町村は9(3.6%)、なかった市町村は191(77.0%)、「わからない」市町村は42(16.9%)であった(表17)。また特記事項に痴呆以外の精神疾患の記載があつて、要介護認定あるいは要介護状態の区分の判定が一回の会議で決定しなかつた事例があつた市町村は1(0.4%)、なかった市町村は191(77.0%)、「わからない」市町村は47(19.0%)であった(表18)。同様に特記事項に知的障害の記載があつて、要介護認定あるいは要介護状態の区分の判定が一回の会議で決定しなかつた事例があつた市町村は0(0.0%)、なかった市町村は183(73.8%)、「わからない」市町村は56(22.6%)であった(表19)。

介護保険審査会における「要介護・

要支援認定にかかる処分」についての審査請求のうち、痴呆性疾患の存在が審査請求の理由となった事例があった市町村は7 (2.8%)、なかった市町村は205 (82.7%)、「わからない」市町村は30 (12.1%)であった(表20)。また痴呆以外の精神疾患の存在が審査請求の理由となった事例があった市町村は1 (0.4%)、なかった市町村は211 (85.1%)、「わからない」市町村は30 (12.1%)であった(表21)。同様に知的障害の存在が審査請求の理由となった事例があった市町村は0 (0.0%)、なかった市町村は212 (85.5%)、「わからない」市町村は30 (12.1%)であった(表22)。

平成14年4月から12月の間に介護老人福祉施設を利用した者について、痴呆性疾患のために介護が著しく困難になったとの情報を得たことのあった市町村は68 (27.4%)、なかった市町村は121 (48.8%)、「わからない」市町村は57 (23.0%)であった(表23)。痴呆以外の精神疾患または知的障害のために介護が著しく困難になったとの情報を得たことのあった市町村は24 (9.7%)、なかった市町村は147 (59.3%)、「わからない」市町村は75 (30.2%)であった(表24)。詳細は不明であるが、精神症状や問題行動のために介護が著しく困難になったとの情報を得たことのあった市町村は40 (16.1%)、なかった市町村は138 (55.6%)、「わからない」市町村は68 (27.4%)であった(表25)。痴呆性疾患のために介護老人福祉施

設を退所したとの情報を得たことのあった市町村は15 (6.0%)、なかった市町村は165 (66.5%)、「わからない」市町村は65 (26.2%)であった(表26)。痴呆以外の精神疾患または知的障害のために介護老人福祉施設を退所したとの情報を得たことのあった市町村は5 (2.0%)、なかった市町村は168 (67.7%)、「わからない」市町村は72 (29.0%)であった(表27)。詳細は不明であるが、精神症状や問題行動のために介護老人福祉施設を退所したとの情報を得たことのあった市町村は7 (2.8%)、なかった市町村は166 (66.9%)、「わからない」市町村は73 (29.4%)であった(表28)。以上の項目(表23から表28)のいずれか1つ以上にあったと回答した市町村は147 (59.3%)であった(表35)。

平成14年4月から12月の間に訪問介護を利用した者について、痴呆性疾患のために介護が著しく困難になったとの情報を得たことのあった市町村は119 (48.0%)、なかった市町村は93 (37.5%)、「わからない」市町村は34 (13.7%)であった(表29)。痴呆以外の精神疾患または知的障害のために介護が著しく困難になったとの情報を得たことのあった市町村は61 (24.6%)、なかった市町村は132 (53.2%)、「わからない」市町村は52 (21.0%)であった(表30)。詳細は不明であるが、精神症状や問題行動のために介護が著しく困難になったとの情報を得たことのあった市町村

は 55 (22.2%), なかった市町村は 127 (51.2%), 「わからない」市町村は 62 (25.0%) であった (表 3 1)。痴呆性疾患のために訪問介護を中止したとの情報を得たことのあった市町村は 11 (4.4%), なかった市町村は 167 (67.3%), 「わからない」市町村は 68 (27.4%) であった (表 3 2)。痴呆以外の精神疾患または知的障害のために訪問介護を中止したとの情報を得たことのあった市町村は 8 (3.2%), なかった市町村は 167 (67.3%), 「わからない」市町村は 71 (28.6%) であった (表 3 3)。詳細は不明であるが, 精神症状や問題行動のために訪問介護を中止したとの情報を得たことのあった市町村は 9 (3.6%), なかった市町村は 163 (65.7%), 「わからない」市町村は 74 (29.8%) であった (表 3 4)。以上の項目 (表 2 9 から表 3 4) のいずれか 1 つ以上にあったと回答した市町村は 147 (52.4%) であった (表 3 6)。

また, 表 2 3 から表 3 4 までの項目のいずれか 1 つ以上にあったと回答した市町村は 142 (57.3%) であった (表 3 7)。

表 3 8 に平成 14 年度 10 月から 12 月の要介護認定の申請者数および認定者数, 介護認定審査会の合議体数, 介護老人施設数とその定員, 訪問介護事業所数, 平成 14 年 4 月から 12 月の間に審査請求の行われた事例数の中央値等を記載した。

2. 介護保険担当課と精神保健福祉担当課の組織上の位置づけ別の比較

重要と考えられる項目について, 介護保険担当課と精神保健福祉担当課の組織上の位置づけ別の比較結果を以下に記す。

介護保険担当課と精神保健福祉担当課が組織上「別の課」になっている市町村と「同一の課」になっている市町村に区分して比較を行った。

政令指定都市は, 全てが「別の課」となっていた。また埼玉県と神奈川県でも 7 割以上の市町村が「別の課」である一方, 宮城県, 高知県, 大分県および鹿児島県では 7 割前後が「同一の課」であった。

人口規模別では, 人口 1 万人未満では 9 割が「同一の課」である一方, 5 万人以上ではほとんどが「別の課」となっていた。1 万人以上 5 万人以下ではその割合はほぼ等しかった。

介護保険の居住サービス利用者の精神症状や問題行動のために, 他の機関・施設に相談については, 相談を行ったことがない割合は「同一の課」が「別の課」よりも高く, 相談を行った機関・施設の内訳では一貫して「同一の課」が「別の課」よりも相談を行ったとする割合が低い。

現在要介護・要支援認定になっている者の精神障害者保健福祉手帳の保有者数および精神障害による障害年金受給者数は, 双方とも「同一の課」の方が「別の課」よりも把握している割合が高い。

介護保険の適切な実施のために, 精神医療との連携を充実させる必要性を感じたことのある割合は, やや「別

の課」が「同一の課」よりも高いが、共に6割以上が必要性を感じていた。

平成14年10月から12月の3カ月間に、主治医意見書あるいは認定調査票の特記事項に痴呆性疾患、痴呆以外の精神障害、または知的障害の記載があつて、二次判定で要介護・要支援認定となった事例については、「別の課」、「同一の課」共に痴呆性疾患、痴呆以外の精神障害、知的障害の順で「あつた」の割合が低くなる。痴呆性疾患、痴呆以外の精神障害、知的障害全てで、「あつた」の割合は「別の課」が「同一の課」よりも高いが、両者の差は痴呆以外の精神障害と知的障害で顕著である。また、「わからない」の割合は、痴呆性疾患では数%であるが、痴呆以外の精神障害および知的障害では「別の課」、「同一の課」共に3割弱から4割弱であつた。

平成14年10月から12月の3カ月間に、主治医意見書あるいは認定調査票の特記事項に痴呆性疾患、痴呆以外の精神障害、または知的障害の記載があつて、二次判定で要介護・要支援認定となった事例については、「別の課」、「同一の課」共に痴呆性疾患、痴呆以外の精神障害、知的障害の順で「あつた」の割合が低くなる。痴呆性疾患、痴呆以外の精神障害、知的障害全てで、「あつた」の割合は「別の課」が「同一の課」よりも高い。また、「わからない」の割合は、「別の課」、「同一の課」共に、痴呆性疾患、痴呆以外の精神障害、知的障害の順で高く、痴呆性疾患と痴呆以外の精神障害では

「同一の課」が「別の課」よりも高く、知的障害で「別の課」が「同一の課」よりも高かつた。

平成14年10月から12月の3カ月間に、主治医意見書あるいは認定調査票の特記事項に痴呆性疾患、痴呆以外の精神障害、または知的障害の記載があつて、要介護認定あるいは要介護状態の区分の判定が一回の会議で決定しなかつた事例を経験した市町村は、「別の課」、「同一の課」共に極少数であつた。また、両群共に「わからない」との回答が1割から2割強存在した。

介護保険審査会における「要介護・要支援認定にかかる処分」についての審査請求のうち、痴呆性疾患、痴呆以外の精神障害、または知的障害の存在が審査請求の理由となつた事例を経験した市町村は、「別の課」、「同一の課」共に極少数であり、特に知的障害の存在が理由となつた事例の経験は「別の課」、「同一の課」共に存在していなかつた。また「わからない」との回答は、痴呆性疾患、痴呆以外の精神障害が理由となつた事例の経験は、「別の課」が数%である一方、「同一の課」では2割弱と高かつた。

平成14年4月から12月の間に介護老人保健施設の利用において、痴呆性疾患、精神障害、知的障害または精神症状や問題行動のために、介護が著しく困難になったり、利用を中止したりした事例を経験した市町村の割合は、「別の課」、「同一の課」共にほぼ等しく6割強であつた。

平成14年4月から12月の間に訪問

介護の利用において、痴呆性疾患、精神障害、知的障害または精神症状や問題行動のために、介護が著しく困難になったり、利用を中止したりした事例を経験した市町村の割合は、「別の課」、「同一の課」共にほぼ等しく 5 割強であった。

D. 考察

平成 14 年 4 月から 12 月の間に、介護保険の適切な実施のために、精神医療との連携を充実させる必要性を感じたことのある市町村が 7 割近く存在した。また平成 14 年 4 月から 12 月の間に、介護保健サービスを行っている施設、ケアマネージャー、ホームヘルパーから、精神障害で精神症状や問題行動のある事例について相談や支援を求められたことがあった市町村も半数以上存在した。これらの結果は、介護保険の領域において、介護保険利用者の精神科的問題への対応が求められていることを示していると考えられる。

平成 14 年 4 月から 12 月の間に、介護保険の居住サービス利用者の精神症状や問題行動のために、同じ市町村の精神保健福祉担当者または保健師などに相談した市町村は 4 割強存在し、保健所、精神科の病院に相談した市町村も 3 割弱存在した。この結果も介護保険の領域において、介護保険の居宅サービス利用者の精神科的問題に対応する必要性を示しているとともに、介護保険担当課と精神保健領域の機関・施設との連携を強化する必要

性を示唆している。

一方で、平成 14 年 4 月から 12 月の間に、介護保険の居住サービス利用者の精神症状や問題行動のために、他の機関・施設等に相談を行っていない市町村も 4 割強存在した。これは相談を必要とする事例が期間中になかったとも考えられる。しかし、介護保険の適切な実施のために、精神医療との連携を充実させる必要性を感じたことがあると回答した 168 市町村のうち 41 市町村（全体の 16.5%）が他の機関・施設等に相談を行っていなかったことは、介護保険担当課と精神保健領域の機関・施設との連携体制の充実の必要性を示唆するものと思われる。

平成 14 年 4 月から 12 月の間に介護老人保健施設の利用や訪問介護の利用において、痴呆性疾患、精神障害、知的障害または精神症状や問題行動のために、介護が著しく困難になったり、利用を中止したりした事例を経験した市町村は 6 割近く存在することが明らかとなった。これは、既に介護保険の現場においても痴呆性疾患、精神障害、知的障害等に起因する問題が存在していることを示しており、存在した市町村の割合が高いことから考えても重要な問題と思われる。

本研究では、該当する事例を市町村が経験したことがあるかどうかのみを尋ねており、該当する事例数は把握できていない。そのため、介護保険利用者のうち痴呆を含む精神障害に関連した問題を有する事例に対する対応にどの程度の業務量と経費が費や

されているかは明らかでない。しかし、既に多くの市町村で介護保険利用者の痴呆を含む精神障害に関連した問題への対応が必要とされている。

わが国では、地域社会全体の高齢人口の増加に伴って65歳以上の痴呆性老人数が増加している。このような状況の中、社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」には、「受け入れ条件を整えば退院可能」な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰があげられたが、この精神病床から退院する患者には中高年者が多数含まれると予想される。つまり、将来的には今以上に地域に暮らす高齢の精神障害者が増加し、それに伴って介護保険利用者における精神障害者の割合が高くなると予測される。それによって、現在の状況以上に介護保険利用者のうち痴呆を含む精神障害に関連した問題を有する事例への対応が必要とされる事態になると思われ、介護保険担当課と精神保健福祉担当課間の情報の共有を促進するための枠組みづくり、連携の強化が必要である。

また、現状では介護保険の領域における精神障害者への対応が必要な事例がなかった市町村においても、将来的には、対応が必要となる事例が発生する可能性は高く、適切な対応のノウハウが蓄積されていないために困難が生じることも懸念される。このような事態に備える意味でも、介護保険担当課と精神保健福祉担当課間の情報の共有を促進するための枠組みづく

り、連携の強化の方策を検討する必要がある。

E. 結論

市町村の介護保険担当課が把握している介護保険利用における精神障害者（痴呆性高齢者を含む）の実態や処遇を明らかにすることができた。

介護老人保健施設の利用や訪問介護の利用において、痴呆性疾患、精神障害、知的障害または精神症状や問題行動のために、介護が著しく困難になったり、利用を中止したりした事例を経験した市町村は6割近く存在することが明らかとなった。また、介護保険の適切な実施のために、精神医療との連携を充実させる必要性を感じたことのある市町村も7割近く存在した。これらのことから、現状でも痴呆性疾患、精神障害、知的障害に起因する問題が介護保険の領域に存在し、対応の必要性を市町村が認識していることが窺える。

今後、精神障害者の高齢化とともに、介護保険の領域においても精神障害者への対応が一層必要となることが予想され、今回の調査で把握した以上の数の問題が生じる可能性がある。将来の状況に適切に対応するためには、介護保険担当課と精神保健福祉担当課間の情報の共有を促進するための枠組みづくり、連携の強化が必要である。

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

表1: 担当課の位置づけと都道府県 のクロス表

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
政令指定都市	9	100.0%	0	0.0%	9	100.0%
宮城県	10	28.6%	25	71.4%	35	100.0%
埼玉県	45	76.3%	14	23.7%	59	100.0%
神奈川県	19	73.1%	7	28.9%	26	100.0%
高知県	11	34.4%	21	65.6%	32	100.0%
大分県	8	26.7%	22	73.3%	30	100.0%
鹿児島県	14	24.6%	43	75.4%	57	100.0%
合計	116	46.8%	132	53.2%	248	100.0%

注) 政令指定都市は別掲として各県には含めていない

表2: 担当課の位置づけと人口規模 のクロス表

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
1万未満	9	10.0%	81	90.0%	90	100.0%
1万以上5万以下	38	43.2%	50	58.8%	88	100.0%
5万以上10万以下	28	96.6%	1	3.4%	29	100.0%
10万以上	32	100.0%	0	0.0%	32	100.0%
政令指定都市	9	100.0%	0	0.0%	9	100.0%
合計	116	46.8%	132	53.2%	248	100.0%

注) 政令指定都市は別掲として各県には含めていない

表3: 精神科病院・診療所の有無

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あり	73	62.9%	22	16.7%	95	39.3%
なし	39	33.6%	109	82.6%	148	59.7%
欠損値	4	3.4%	1	0.8%	5	2.0%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表4: 精神科の無床診療所の有無

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あり	56	48.3%	7	5.3%	63	25.4%
なし	52	44.8%	117	88.6%	169	68.1%
欠損値	8	6.9%	8	6.1%	16	6.5%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表5: 介護認定審査会

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
単独で設置している	67	57.8%	12	9.1%	79	31.9%
他の市町村と共同で設置している	48	41.4%	120	90.9%	168	67.7%
欠損値	1	0.9%	0	0.0%	1	0.4%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表6: 精神障害で精神症状や問題行動のある事例について相談や支援を求められたこと

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	89	59.5%	61	46.2%	130	52.4%
なかった	39	33.6%	63	47.7%	102	41.1%
わからない	7	6.0%	7	5.3%	14	5.6%
欠損値	1	0.9%	1	0.8%	2	0.8%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表7:平成14年4月から12月の期間に介護保険の居宅サービス利用者の精神症状や問題行動のために相談した機関・施設

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
相談をおこなったことはない	39	33.6%	66	50.0%	105	42.3%
同じ市町村の精神保健福祉担当者もしくは保健師など	63	54.3%	42	31.8%	105	42.3%
保健所	40	34.5%	28	21.2%	68	27.4%
精神科の病院	37	31.9%	33	25.0%	70	28.2%
精神科の診療所	13	11.2%	6	4.5%	19	7.7%
老人性痴呆疾患センター	3	2.6%	3	2.3%	6	2.4%
都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センター	5	4.3%	4	3.0%	9	3.6%
その他	9	7.8%	5	3.8%	14	5.6%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

注)複数回答

表8:精神障害者保健福祉手帳の保有者数

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
把握している	6	5.2%	49	37.1%	55	22.2%
把握していない	98	84.5%	70	53.0%	168	67.7%
わからない	11	9.5%	11	8.3%	22	8.9%
欠損値	1	0.9%	2	1.5%	3	1.2%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表9:精神障害による障害年金受給者数

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
把握している	2	1.7%	32	24.2%	34	13.7%
把握していない	100	86.2%	85	64.4%	185	74.6%
わからない	13	11.2%	14	10.6%	27	10.9%
欠損値	1	0.9%	1	0.8%	2	0.8%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表10:介護保険の適切な実施のために、精神科医療との連携を充実させることの必要性を感じたこと

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	84	72.4%	84	63.6%	168	67.7%
なかった	10	8.6%	26	19.7%	36	14.5%
わからない	22	19.0%	22	16.7%	44	17.7%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表11:要介護認定の申請:痴呆性疾患

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	103	88.8%	104	78.8%	207	83.5%
なかった	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
わからない	10	8.6%	25	18.9%	35	14.1%
欠損値	3	2.6%	3	2.3%	6	2.4%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%

表12:要介護認定の申請:痴呆以外の精神疾患

	別の課		同一の課		合計	
	n	%	n	%	n	%
あった	74	63.8%	50	37.9%	124	50.0%
なかった	9	7.8%	43	32.6%	52	21.0%
わからない	30	25.9%	36	27.3%	66	26.6%
欠損値	3	2.6%	3	2.3%	6	2.4%
合計	116	100.0%	132	100.0%	248	100.0%