

が強いように思われた。住民から聞き取った支援内容、支援量を今後の市町村障害者計画策定の資料として使うか、また社会資源の活用のためにあるいは支援費制度の課題を乗り越えるために他機関とどう連携するか、ということは現段階では事務に追われてそのような余裕がない状況が見られた。

2. 支援費制度実施についてのアンケート項目の作成と実施：

上記の聞き取り調査の結果、岡山県下の市町村に対するアンケート用紙を作成し、配布した。結果は報告書作成段階ではまだ回収中である。アンケートの内容は以下の通りである。

1. 支援費制度については、利用者の方へさまざまな周知の方法をとられたと思いますが、今後さらに周知するにはどのようなことが必要と考えられますか。

重要と思われる順に、3点、ご意見をお聞かせ下さい。

2. 貴自治体で、支援費を申請した人は、4月末日現在で、何人ですか。

身体障害者 () 人 知的障害者 () 人

3. 支援費制度導入に当たり、支援費担当職員の増員がありましたか。(あった
ない)

現在の支援費担当職員の人数をお聞かせ下さい。

専任職員 () 人

兼任職員 () 人

* 支援費担当職員の増員によって、その他の業務に影響がありましたか。

ありましたら、その内容と今後の担当職員の増員についてご意見をお聞かせ下さい。

4. 支援費の決定を進める過程(家庭や施設で利用者の方に会うときから、支援費の決定に至るまで)で、今後、具体的な手続き上、改善が必要と思われることについて、もっとも重要と思われることから順に3点、お聞かせ下さい。

5. 支援費の決定の過程で、他自治体や他団体、機関に問い合わせをしましたか。また、今後他自治体や他機関と情報交換や連携、協力などを行う考えがおありですか。

* すでに問い合わせをした場合、どのようなことでどこに問い合わせをしましたか

* 今後、他自治体や他機関と協力したり、応援を頼みたいことがあれば、お聞かせください。

6. 今回の支援費制度を実施するにあたって、岡山県主催の「ケアマネジメント事業」の研修が役に立ちましたか。ご意見をお聞かせください。また、障害程度区分、支援量の決定に関する、今後の研修の必要性和望ましい研修のあり方についてのご意見をお聞かせください。

* 「ケアマネジメント事業」の研修で役に立ったか：役に立った場合にはその内容を、問題を感じられたら、その問題についてお聞かせください。

* 障害程度区分、支援量の決定に関する今後の研修の必要性和望ましい研修のあり方：

7. 今後、貴自治体の市町村障害者計画を策定するとき、支援費制度の実施の過程で明らかにされた利用者のニーズが参考になると思いますか。

(7. 参考になる 1. 参考にならない)

*上記の 7. あるいは 1. に○をつけた理由をお聞かせ下さい。

8. 支援費制度を円滑に進めるには、今後、どのようなことが大切だと思いますか。もっとも大切だと思われることから順に、5点お聞かせ下さい。

その他：今回のシンポジウムでお聞きになりたいこと、期待したいことがありましたら、お聞かせください。

アンケートは、岡山県下の全市町村に配布し、現在結果を回収中である。

D. 考察

1. 支援費実施前の制度についての周知度（既知度）

支援費制度は、利用者の選択、決定を重視し、本人の主体的な関わりを前提として進められている。しかしながら、介護保険の発足当時と比較すると、介護保険では毎日のように新聞やテレビで報道され国民的関心を得たが、支援費は新聞に掲載されるのも月1、2回でテレビでは教育テレビ等のみで、一般のテレビが例えばモーニングショーなどで取り上げることは皆無に近い。

利用者の選択や決定を重視した政策を進めるときには、利用者が制度のことを十分に周知していることが前提である。聞き取り調査では、親の方は支援費制度の名前を聞いていたが、その内容についてはわからない部分が多いようである。

制度を利用者がどのようにはっきりと理解できるか、ということは今後とも大きな問題である。

2. 市区町村支援費担当職員が行う支援量や障害区分の判定について

市区町村の職員にとっては、支援量の判定が、相当に困難に思える。一応の基準で決まるが、介護保険のように審査委員会的なものもないままに進むことがさらに困難を増しているようである。事務に追われ、さしあたり受給者証をとってもらい、時間をかけてみたあとに、変更申請を行うという方法も多くとられていた。しかし、今後そのようなフォローができるほど、担当職員数が増えているのか、また、ケアマネジメント研修のようなものを実施して深めていくのか、大きな問題があるように思えた。これらの聞き取りの結果、支援費担当の職員の増加があったか、ケアマネジメント研修がどのような役割を果たしたのか、支援量の決定でどのような問題があるのか、を現在、アンケートで調査中である。

3. 他市町村や他の機関との連携について

単独の市区町村で支援費制度を続けることは、支援費制度の理念を実現しようと努力することなく、かなり事務的な水準で支援量の決定、現存の社会資源にあうものだけのサービスなどに落ち着いてしまう可能性もある。そうならないための、一連の市区町村担当職員への研修や相談事業や更正相談所などの関連機関で構成する委員会の構築などが必要であると思われる。

市区町村のサービスについての評価は、支援費制度による障害者サービスの市区町村の

役割を理念実現の過程からもう一度再構成し、支援費制度の周知への努力や結果、支援費制度の申請者の把握と市区町村障害者計画への連携、支援量の決定などの市区町村内での基準作り、広域連携や関連機関との連携などの項目を作り、そこから経年的に評価する方法が求められる。

E. まとめ

支援費制度導入後、障害のある住民一人一人が、自らのニーズに対応した質の高いサービスを確保することができれば、市区町村が行う障害者に対するサービスの評価は高い、といえるほど、支援費制度は障害者のサービスに重要な役割を果たすことになる。

この支援費制度の導入が利用者や家族、市町村の支援費制度担当職員にどのように影響を与えたか、を検討するために、支援費制度について4市町村（A市；人口約40万、B市；6万、C町；1.2万、D村4千）における利用者とその家族、市町村担当職員から聞き取り調査を行い、市町村担当職員へのアンケート調査を実施した。結果は現在回収中である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

研究3. アメリカ精神遅滞学会の新しい支援システムの定義およびカリフォルニア州の地区センターで実施している発達障害を中心とした支援制度と日本の支援費制度の比較研究

A. 研究目的

我が国の支援費制度の問題を明らかにするために、アメリカ精神遅滞学会が行った精神遅滞に関する新たな定義（第10版、2002年）を検討し、その定義における支援システムとカリフォルニア州における知的障害の支援制度と、日本の支援費制度との比較を行う。

B. 研究方法

アメリカ精神遅滞学会の新たな定義変更に伴う支援システムについて文献研究および定義策定委員からの聞き取り調査、定義に関するワークショップなどの参加に伴う資料分析を行った。カリフォルニア州の知的障害者の支援制度については、文献、インターネットなどによる資料を参考にした。

（倫理面への配慮）

個人を特定しうる情報は使用せず、一般的な表現で述べた。

C. 研究結果

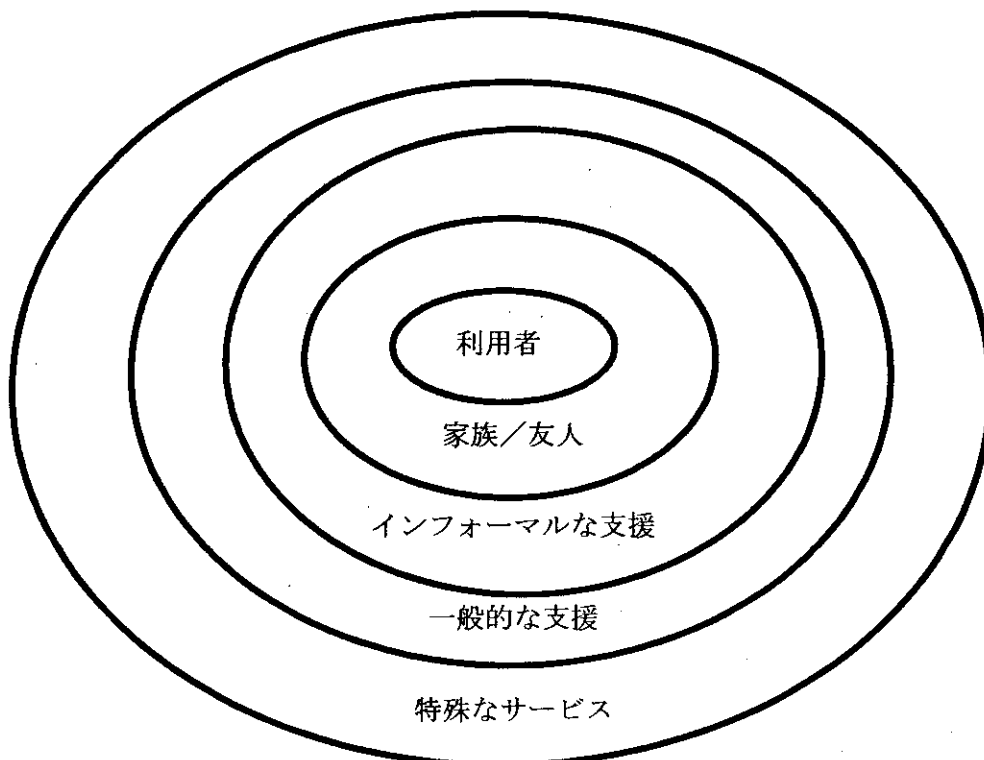
1. アメリカ精神遅滞学会の新たな定義変更に伴う支援システム研究：

アメリカ精神遅滞学会の第10版の定義変更（2002年）は、支援システムの構築を掲げた第9版（1992年）を継承している。日本の支援費制度では、支援費導入に当たって「支援とは何か」ということよりも、支援費の事務的作業に追われることが多かった。アメリ

カ精神遅滞学会の定義変更は、10 数年をかけて「支援」を中心にした定義の変更とそれに伴うサービスシステムの移行を進めている。「支援」の意味については、現在の介護や援助だけに留めず、将来の計画を視野に入れた支援を行うこと、本人のニーズを聞き取るための考え方 (persons-centered approach) やその体制を充実することなどがそのための方法論の研究を踏まえて研究されており、今後の日本の支援費制度には参考になる点が多い。

(1) 支援の定義について

日本の支援費制度では、支援費の費用への関心が高く、「支援」とは何か、ということがはっきりと論議されていない。アメリカ精神遅滞学会の第 10 版では、「支援」は、サービスよりもっと広く、包括的な概念で、社会資源や介入的な活動まで含んでいる概念であるとし、下記の図を用いてそのことを説明している。



第 10 版では、「支援」という用語の意味として、次のような要素が重要であるとしている。

- ・ 地域を基盤にしている (community-based)
- ・ 本人を中心におき (person centered)、一人ずつの計画、発達、その人らしい (personalize) 生活を重視する
- ・ その人の機能と参加 (function and participation) を強める
- ・ 自己決定ができることを促進する
- ・ 利用者本位である (consumer directed)

図には、利用者本人が中心におき、それをいくつかの中心を共有する輪が囲んでいる。中心を共有するそれぞれの輪には、本人のもっとも近いところに家族と友達がおき、そこから離れるにつれて、インフォーマル・サポート、有料あるいは無料の該当者のすべての人が利用できるサービス (generic service)、そして最後に特別なサービスがある。第 10

版では、これまでは組織を中心にした考え方（system-centered approach）で進められてきたとし、その典型的なサービス提供の目標は、特別なサービスをできるだけ多く作り、利用することであると述べている。しかし、図でわかるように、特別なサービスは本人からもっとも遠いところにあり、利用者本人の社会的なネットワークや本人が社会資源を選択し、使う場合にも本人からもっとも遠いところにある。「支援をベースにした考え方」の本質は、図でみられるようないくつかの輪を混ぜ合わせ、本人が社会資源を自由に、臨機応変に選択し、使えるようにすることであると述べられている。

しかしながら、現実には、このような支援の考え方を、現在多くの州で行われている制度と照合してみると、本人を中心とした支援ということをはっきりと述べている州でも、その人々のためにどれだけの社会資源が与えられているか、利用者の人や家族が利用できるものの種類がどれだけ多くあるか、ということになると依然としてこれまで続けてきた組織中心のサービス（system-centered services）を行っており、本人中心のサービス（person centered service）に至っていない、と述べている。

これらの定義の変更は一方では、実際の制度に先行しており、実際には使われているかどうかは州によって差が見られるが、その理念を相当に具現化している所もある。本研究では、その一例として、日本の支援費制度における市区町村の役割と類似した役割を果たしているカリフォルニア州の地区センター構想を調査した。

2. カリフォルニア州の知的障害者支援における地区センターの役割、実際の支援状況と日本の支援費制度における市区町村の役割、現状との比較

カリフォルニア州（人口は約 3540 万人）には、保健・ヒューマンサービス庁（Health and Human Service Agency）発達サービス局（Dept. of Developmental Services）の管轄下に 21 の発達障害（知的障害、自閉症、脳性麻痺、てんかんなど）に対応する地区センター（regional center）があり、約 18 万 6 千人の発達障害のある人（州人口の 0.53 %）が利用している。入所施設（Developmental Center）は 5 カ所である。

これらの地区センターは、民間の非営利団体であり、カリフォルニア州の発達サービス局（Department of Developmental Service）と契約して業務を行う。業務は、情報提供、評価と診断、カウンセリング、生涯にわたる個人のサービス計画作成とサービスの調整、個人サービス計画の中に含まれるサービスの購入、家庭訪問による支援、地域社会の資源の発掘と活用への支援、市民権、サービス権についての権利擁護、危機的状況にある乳幼児とその家族への対応／支援、遺伝相談、家族支援、訓練と教育である。サービスは無料である。対象者は、知的障害（55.6%）、てんかん（15.3%）、脳性麻痺（14.2%）、自閉症（8.3%）、その他（6.5%）である。

この地区センターは、サービスを提供するのではなく、利用者の立場に立って、ニーズを明らかにし、そのニーズを実現するために一人一人の生活設計を考え、そのための具体的なサービスをサービス提供団体から購入し、それらのサービスが本当に利用者の生活をよくしているか、利用者の長期的な目標を実現することに役に立っているか、を見守る機能を持っている。

これは、一言で言えば、ケース・マネジメントであり、日本の支援費制度での市町村と役割の上では似ている。この地区センターの内容を、日本の支援費制度を進める立場にある市町村行政と比較することによって、日本の今後の支援費制度に参考となることが得

られるという観点で、21地区センターの一つであるゴールデンゲート・地区センターについて調べた。

(1) ゴールデンゲート・地区センター

サンフランシスコ郡(789,600人)、および隣接しているサン・マテオ郡(92,482人)、マリン郡(245,929人)を管轄範囲とする。3郡の合計人口は約1,128,011人である。

地区センターの業務は、すでに述べたカリフォルニア州の21の地区センター業務とほぼ同じである。業務は、連邦政府のメディケイドと州税の予算で行われ、一年毎に再契約する。支出の80%が利用者のサービス購入に充てられ、20%は職員の給与や事務処理の経費に充てられる。地区センターの対象者は、知的障害、脳性麻痺、自閉症、てんかんおよび知的障害と関連した障害である。現在、ケアマネージメントを受けている利用者数は、6,291人であり人口のほぼ0.56%である。その内訳は、医療を必要とする乳幼児492人、地域生活をしている人5,301人、州立入所施設(地区外居住者)334人、インテークおよび支援に関する評価実施中の人164人である。全体の障害者の内、ケース・マネージャーがついている人は59.6%、年齢による区分では3歳以下10.9%、3歳～18歳30.7%、19歳～40歳32.3%、41歳～50歳13.2%、51歳以上が12.9%である。

① サービスを受けるまでの手順

サービスを受けるまでの手順は以下の通りである。

A. 電話や手紙により、本人か本人以外の人から申請がある。申請は、受理専門ソーシャルワーカー(the Intake Supervising Social worker)が受ける。受理専門ソーシャルワーカーは、担当の評価ソーシャルワーカー(Assessment Social Worker)を決め、15日以内に利用者の家庭か、地区センターで面接を行う。サービス受給資格(eligibility)は、心理学者、ソーシャルワーカー、医師などの職種の異なる専門家からなるグループで行う。

B. サービス受給資格を得ると、本人または家族にケース・マネージャーが割り当てられる。ケース・マネージャーは発達障害の専門職(有資格ソーシャルワーカーが多い)があたり、利用者本人のパートナーとして、いつでも連絡を受け、利用者本人や家族に必要な情報を提供し、現在、あるいは将来に向けての利用者本人の選択、決定を援助し、そのための計画をたてる。また、計画が実現する方向に進んでいるかどうかの評価を行う。

ケース・マネージャーの具体的役割は以下の通りである。

支援の内容

- ・ 心配事を聞く
- ・ 利用者の人の意見や関心事を聞く
- ・ 同じような障害を持つ仲間と支援を持ち合える(peer support)ように配慮する
- ・ 学校教育、社会保障、医療面などで利用者本人の立場から権利を主張する(advocate)
- ・ 利用者本人の危機的な状況に対応する
- ・ 利用者本人の問題や不満、虐待に対応する

利用者本人への情報提供

- ・ 訓練や教育の機会を提供する
- ・ 「家族学習センター(Family Resource Center)」で本やビデオを紹介する

- ・ 地区センターや地域社会の中で、利用者本人が知りたいことに応える人を紹介する

利用者が支援が得られやすくするための支援

- ・ 地域社会の中の友人や家族からの支援 (natural support) を得られるようにする。
- ・ 地域社会の中での経済効率の良いサービスや支援を知らせる
- ・ 「家族学習センター」で利用できる支援やサービスを調べる
- ・ 地域社会のサービス提供者のネットワークで得られるサービスや支援を調べる

利用者の選択の中を広げ、将来の計画が立てられやすくするための支援

- ・ 本人や家族にとっての重要な人々が集まって支援を考える友人の輪 (a circle of support) を作る
- ・ 学校での「個別教育プラン」などを作るときの学校の会合などに一緒に参加する
- ・ 本人や家族の人々がこうなってほしい、と思うことが成就するように、個人プログラム計画 (IPP) を作成する
- ・ 計画が着実に進んでいるかどうか、改善する必要があるかどうかについて、定期的に本人と話し合いを行う
- ・ 現在受けているサービスや支援が、機能しているかどうかをチェックする

その他、インターネット上の情報提供ネットでは、

ケース・マネージャーには、いつでも連絡できること、電話のメッセージが残せること、緊急の場合には電話の0番号で必ず担当が出ること、24時間のシステムであること、ケース・マネージャーの名前を忘れても地区センターにかければすぐにわかること、担当のケース・マネージャーの変更については一年ごとに利用者の意向が聞かれ、一年以内に変更したいときはケース・マネージャーの上司に連絡をとれることなどが述べられている。

また、利用者がケース・マネージャーとつきあうときに、つきやすいやすすくなる具体的な方策についても述べられている。

② 個別計画について

カリフォルニア州のランターマン法では、すべての利用者が個別計画を作成することが義務づけられている。0歳～3歳は「個別家族サービスプラン (Individual Family Service Plan 以下 IFSPと略記)」であり、3歳以上は「個人サービス計画 (Individual Program Plan 以下 IPPと略記)」と呼ばれている。ここでは、長期目標が設定される。

その例として、情報提供ネットにあげられているのが、以下の例である。

目標：一人でアパートで生活できるようになりたい

この長期目標を、家族が実現するためのステップが短期目標 (short-term objective) である。

短期目標 1. 6ヶ月間、「自立生活スキル訓練」に参加して、買い物、料理、洗濯の技術を学ぶ。

2. 銀行に口座を開き、アパートに移るために必要なお金の貯金を始める。

ランターマン法には、サービスが実施された段階で、そのサービスについての具体的な手続きを個人サービス計画に記載することに決められている。

短期目標 1. 6ヶ月間、「自立生活スキル訓練」に参加して、買い物、料理、洗濯の技術を学ぶ。

- ・ 支援手続き：訓練は、週3回、1回1時間とする。
- ・ 支援手続き：ゴールデンゲート・地区センターは2000年7月1日から2000年12月31日までの6ヶ月にわたり、このサービスへの補助を行う。

2. 銀行に口座を開き、アパートに移るために必要なお金の貯金を始める

- ・ 母親が、銀行に行くときに一緒に行き口座を開設する。

③「本人中心の計画 (Person-Centered Planning)」について

I P P作成の時に使われる方法として、「本人中心の計画」があげられている。本人やその家族を中心にして考え、特に本人の長所、現在の能力、本人のニーズを重要視する。具体的な手続きとして、

- ・ I P Pの計画作成には、チームに加わって欲しい人について本人の要望を重視し、参加してもらう
- ・ 本人が出席できるときに会議を開く
- ・ 本人の好みや選択を大事にする
- ・ 本人や本人をとりまく人々 (circle of support) が選択し、決定が出来るように情報を提供する
- ・ 本人が暮らしたい暮らしを大事にする
- ・ 本人のしたいことが出来るサービスであることを確認する
- ・ 選択しているサービスによって、本人の生活が良くなっていることを確認する

④ サービスの購入

「本人中心の計画」によって、家族や友人、近所の地域の人々が集まり、I P Pが作成され、それぞれの長期、短期目標が設定された後に、実際にそれらの目標を実現するサービスについて考えることになる。

最初に、「本人中心の計画」を進めるために集まった家族や友人、近所の地域の人々の力でそれらのサービスを実現することが可能かどうか (natural support) が考えられる。地域社会のふつうの生活の支援によってサービスを実現することが難しい場合に、ケース・マネージャーが公的なサービス (generic service) を見つけられるように支援する。このようにランターマン法では、まず通常地域社会での友人や隣人の援助を第一に考えることを勧めている。普通の地域社会からの援助の主体には、通常、家族や、友人、隣人、学校、ボーイ (ガール) スカウト、YM (W) C A、宗教団体からの援助、公園やレクリエーションなどが考えられる。

地区センターが購入するサービスは

1. 発達障害を軽減する
2. 利用者が地域で生活できるようにする
3. 同年齢の障害のない人と同じような生活が出来るようにする

という目的に該当するサービスである。

⑤ サービスの評価

サービス提供団体によって行われているサービスの評価については、カリフォルニア州発達障害局の規定がある。

⑥ ゴールデンゲート・地区センターの職員構成

ゴールデンゲート・地区センターの職員構成は以下の通りである。

A. サンフランシスコ、サン・マテオ郡、マリン郡の代表からなる委員会（最高議決機関）の下に理事会がある。理事会の下に地区センターのセンター長（事務担当1名がつく）が配属され、センター長の下に臨床サービス部門、ソーシャルワーク部門、事務部門、地域サービス部門の4部門がある。それぞれの部門の人員構成は、下記の通りである。（ ）内は人数。

(a) 臨床サービス部門

臨床サービス部長（1）、部長補佐（1）、医師（2）、サイコロジスト（3）、看護師（8）、看護師（重篤障害をもつ乳幼児対応）（2.5）、看護師（1.7）、臨床チーム（医師1、サイコロジスト1、薬剤師0.6、看護師2.7）、事務（2.6）

(b) ソーシャルワーク部門

ソーシャルワーク部長（1）、部長補佐（1）

マリン郡【ソーシャルワーカー副チーフ（1）、上級ソーシャルワーカー（Supervising Social Worker）（2）、ソーシャルワーカー（12）、事務担当（2.5）】

サンフランシスコ郡【ソーシャルワーカー副チーフ（1）、上級ソーシャルワーカー（4）、ソーシャルワーカー、ソーシャルワーカー（37）、事務担当（3.5）】

サン・マテオ郡【ソーシャルワーカー副チーフ（1）、上級ソーシャルワーカー（5）、ソーシャルワーカー（45）、事務担当（4）】

(c) 事務管理部門

部長、財務担当、経理担当、事務管理、用度など、総数（37）

(d) 地域サービス部門

地域サービス部長（1）、利用者権利擁護（0.4）、地域社会資源開発（1）、地域社会資源開発のソーシャルワーカー（1）、ソーシャルワーカー（3）、移送サービス専門家（1）、サービスの質評価担当係長（1）、サービスの質評価担当職員（3）、教育・訓練専門職員（1）、居住サービス専門職員（1）、事務担当（1）

である。

⑦ ゴールデンゲート・地区センターのサービス計画

地区センターでは地区センターが実施しているそれぞれのサービスについて目標をたて、いつまでにどのように改善をするかという計画が作成され、その計画の達成度が述べられている。（ ）内は設定目標項目数である。

居住サービス

収容施設から地域移行への支援（2）

地域生活のための住居支援（11）

例えば、州立入所施設から地域への移行、地域内の住居について、居住サービスの主な

例をあげると、以下記の通りである。

- * 【目標】地区センターは、2000年度～2001年度に、10人の人を入所施設から地域へ移行させる。

【現状 (Baseline)】2000年7月1日現在で、371人が入所施設にいる。

【目標達成状況】2001年6月30日現在、目標未達成。2001年12月31日、347人の入所者がいる。2000年度～2001年度では、8人だけが入所施設から地域へ移行した。

- * 【目標】地区センターは、問題行動、性的問題、虐待等の症状をもつ18人に対して、第4水準のグループホームを3カ所設立する。

【現状 (Baseline)】地区センターでは、第4水準のグループホームを53カ所運営しており、250人が生活している。

【目標達成状況】2003年6月30日現在、目標は一部達成。2001年5月1日に、児童6人用のグループホーム、ケリーホームが開所した。

- * 【目標】地区センターは、毎年、最低20人は自分自身のアパートか家を望んでいる人に住居を提供する。

【現状 (Baseline)】地区センターでは、366人の方が、アパートや自分の家で生活している。

【目標達成状況】2001年中に24人の方がアパートや自分の家で生活できるようになった。さらに26人が自分の家を持ち、現在は416人がアパートや自分の家で生活している。

日中活動のプログラム

成人の日中活動の場や居住の場に関するサービス評価については下記の例を含めて4項目ある。

- * 【目標】毎年、50カ所の日中活動サービスと居住サービスについて評価を実施する。

【現状 (Baseline)】2000年10月1日現在で、59カ所の居住場所についてサービス評価を実施した。

【目標達成状況】目標は達成している。

その他、下記のようなサービス項目について目標と、成果が述べられている。()内の数字は目標とした項目数である。

健康と福祉

- ・ 居住サービスを受けている人の健康管理 (2)
- ・ てんかん発作および問題行動がある人への健康管理 (1)
- ・ 利用者、家族、サービス提供団体、地区センター職員のための健康管理講座 (4)
- ・ 地区センター職員のための精神衛生管理講座 (3)

家族支援

- ・ 利用者の生活を最大限に高める支援 (4)
- ・ 問題行動や医療ケアを必要とする在宅障害者の家族支援 (4)

教育と生涯学習

- ・ 学齢児への教育支援 (2)
- ・ 本人、親、サービス提供団体への制度についての教育 (2)

- ・ 学齢児へ社会への移行支援 (1)

余暇と仕事

- ・ 一般企業への援助付き雇用による就労支援 (3)
- ・ 福祉移送支援 (3)
- ・ 問題行動のために職場から離れた人々への支援 (1)
- ・ すべての年齢層の人に対する余暇活動の地域参加 (3)

早期対応と早期教育

- ・ 乳幼児に対する発達障害を軽減するための支援 (2)
- ・ 地域の医療機関と連携した遺伝相談、早期対応 (1)
- ・ 早期対応プログラムの展開 (3)

自己決定への支援

- ・ 自己決定能力を高める支援 (3)

サービス計画と調整

- ・ 本人と親に対する能力評価についての情報提供 (1)
- ・ 本人のサービスの質に関する計画と調整への参加 (1)

地区センター管理部門

- ・ 多文化における多人種の利用者に対するサービス (4)
- ・ 問題に関する委員会の検討 (1)
- ・ 適切な予算の執行 (3)
- ・ 民間財団等からの財源の確保 (2)
- ・ 費用対効果に関する検討 (3)
- ・ 理事会のあり方 (2)

D. 考察

日本の支援費制度とアメリカの支援の制度を比較すると、「本人のニーズを聞き、それに対応したサービスを提供する」という理念は双方共に述べているが、これまで述べてきたように、1. その理念を実現していくときの制度や方法 2. 実際の活動に当たる職員 3. 利用できる社会資源 4. 支援のニーズを計画に生かしていくときの体制 に大きな差が見られる。

日本の支援費制度がスタートしたばかりであり、今後充実しなければならない段階ではあるが、いずれも、これらの点について早急に改善されるとは考えにくい。長期的な視野に立って理念を見失うことなく人材育成や体制を整備する必要がある。

1. 支援の理念とその実現のための制度、方法

アメリカでは収容施設から地域生活へ移行すべきであるとの方向性は多くの裁判における判決で支援を受け、進められてきた。そのような流れの中で、アメリカ人障害法（ADA）やカリフォルニア州のようにランターマン法を策定するところまでしてきた。これらの法制度や政策の中で地域生活の支援が進むにつれ、その具体的な支援方法も多くの形をとっていた様々な方法が「本人中心の計画」と呼ばれるようになる。これは、10数年のさまざまな活動から生まれており、多くの方法が同じように本人を主体とした理念に向けて統合しつつある考え方といえる。

これらのさまざまな活動について見るとアメリカの状況と比較すると、日本の状況では

今後支援について以下のような方向を進めることが必要である。

(1) 本人活動：People First に代表される全米にわたっての当事者活動が進められた。それらの活動は、例えばアメリカ合衆国大統領による精神遅滞委員会の委員にも本人が配属されているように、全米の当事者の会やさまざまな州や自治体の委員会に当事者参加の活動が根をはっている。当事者活動は、日本でも、徐々に進められており、今後同じように支援の制度を確立するには重要な役割を果たすことが期待される。

(2) 権利擁護：アメリカでは、advocacy の運動として、当事者、親、市民の運動が進められた。その活動の大きな契機となったのが収容施設から地域への移行の際に見られた裁判による権利擁護であろう。日本では、権利擁護は後見人制度や権利擁護事業に見られるように比較的官製的な仕組みの中で進む傾向が強い。権利に対するアメリカと日本の国民による考え方の違いもあるが、日本ではより広い視野で市民を巻き込んだ権利擁護の活動が支援制度には重要である。

(3) 自己選択・決定あるいはQOLなどの支援の質について：自己選択・自己決定の重要さはQOLの研究と関連して、進められてきた。これは、収容施設から地域移行の次の段階で起こった大きな高まりである。「生活の質」については、多くの研究がなされ、地域生活をするようになった知的障害者が本当に良い生活をしているのか、どうかということが論議される。「生活の質」の指標には、客観的な指標と主観的な指標が用いられるが、いずれにしても地域生活をしている人々（自分の家やアパート、グループホーム等に住んで、仕事をし、生活をしている人々）の数がある程度多くなることが先決である。

(4) 社会資源の充実

すでに述べてきたように、収容施設での生活に対する「支援」というのは、アメリカではあり得ない。それらは援助とかサービスとか言われているが、支援の用語は、地域生活支援として用いられている。日本の支援費制度の中でも、ケアマネージメントを行うときには、その人が地域で生活すると仮定して、どのような支援が必要であるか、ということを考えるようになっている。しかしながら、入所施設と家族との同居が成人の9割以上を占める日本では、本人の自立した生活への支援ということが定着しにくくなる。支援を考えるときには、地域で生活できる社会資源を作ることが先決である。

2. 支援費制度におけるケアマネージメントの重要性

本人のニーズを理解し、そのニーズを実現するために支援を行う、という原則は、支援費制度の原則であり、同時に、ケアマネージメントの原則でもある。アメリカでは、その原則を実現するために、ソーシャルワーカーが専門的にニーズの把握、サービスの調整、創出、サービスの評価を行う。日本では、この面の人材がなく、支援費制度の導入に当たっても、その人材育成をケアマネージメント事業としてわずかの予算で、短期間の、対象人数も少ない事業を展開した。日本では、市町村職員がケアマネージメント研修を受け、支援内容および量の決定、支援の評価を行う事が期待されているが、職員の数や専門性の不足、数年で部署が変わる役所の慣習などのために困難な状態が生じている。カリフォルニア州地区センターでは、ケース・マネージャーがその専門性を生かして、対応している。他の地区センターであるアルタ・カリフォルニア地区センター (Alta California regional center) の情報では、専門職のレベルは心理臨床士 (Clinical Psychologists) ; 博士号をもつ心理士が一名。他は、臨床心理士。行動分析 (Behavior Analyst) 専門家 ; 修士号取得の

心理学専攻者。看護師 (Nursing Consultant) ; カリフォルニア州の認証看護師。全員が、the Certified Public Nurse である。サービスコーディネーター ; ソーシャルワークでの修士号取得者か、少なくともソーシャルワークの学士号を持ち発達障害に2年以上の経験がある人、となっている。日本の市区町村職員が担当する場合には、専門性がないために、支援量等の評価や決定は、マニュアル的な発想で行われることが多くなる。カリフォルニア州地区センターでは、利用者へのサービスは、発達を阻害しないためであるとかの大きな枠を定め、そのためにどのようなサービスを購入するかは、ケース・マネージャーの裁量に任される度合いが多くなる。専門性が高まるほど、利用者の要求に対応した支援ができ、専門性が低くなると、利用者に対応するよりも先に利用できるサービスを決め、その規則に合致したサービスだけを機械的に提供することになる。我が国では、できるだけ早く、ケース・マネージャーを育成し、ケアマネジメントの考えを普及させるべきであろう。

カリフォルニア州地区センターのケース・マネージャーは、ほぼ6割の利用者に割り当てられており、いつでも24時間相談に乗る体制を用意し、ケース・マネージャーの側の責任も明らかにしている。ケース・マネージャーは、その人の相談相手であり、権利擁護にもっとも重要な人である。日本の市区町村職員がそのような役割を今後とれるかどうか、は大きな問題であり、ケアマネジメントの基本的な仕組みを樹立する計画が必要である。また、サービスを提供するときに、地域社会の中で家族や友人、隣人やさまざまなボランティア団体などによる支援 (natural support) を第一とすることはランダーマン法でも決められており、地区センターのケース・マネージャーの大きな役割となっている。日本の場合、財源の厳しさもあり、市区町村職員には、この面でのケース・マネジメントの広がりが見られよう。

E. まとめ

我が国の支援費制度の問題を明らかにするために、アメリカ精神遅滞学会が行った精神遅滞に関する新たな定義 (第10版、2002年) における支援システムおよびカリフォルニア州における知的障害の支援制度と日本の支援費制度との比較を行った。

アメリカ精神遅滞学会第10版では、「支援」という用語の意味として、
・地域を基盤にしている (community-based) ・本人を中心において (person centered) 一人ずつの計画、
発達、その人らしい (personalize) 生活 ・その人の機能と参加 (function and participation) ・自己決定の促進 ・利用者本位 (consumer directed) を重視している。カリフォルニア州保健・ヒューマンサービス庁発達サービス局の管轄下にある21の発達障害 (知的障害、自閉症、脳性麻痺、てんかんなど) に対応する地区センターの一つであるゴールデンゲート・地区センターの現状を調査した結果、この支援の概念に比較的關係した施策が本人、家族、地域社会の中で本人や家族の生活にとって重要な役割を持つ人々が集まり、それをソーシャルワーカーが支援する形で一人一人のサービスの計画 (IPP) を作成し、長期、短期目標についてのサービスを考えるという方向で行われていることがわかった。日本の支援費制度でも同様の理念のもとにケアマネジメント事業がおこなわれ、その方向で進められているが、日本の支援費制度では、カリフォルニア州の地区センターと比較すると、本人中心の支援の理解、担当職員の専門性と人数、一人ひとりの将来設計 (長期目標) の設定などで今後さらに改善されなければならないことが多く見られた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

精神障害者の医療アクセスに関する研究

分担研究者	益子 茂	東京都立多摩総合精神保健福祉センター
研究協力者	五十嵐禎人	東京都精神医学総合研究所
	池原 毅和	東京アドヴォカシー法律事務所
	斎藤 章二	斎藤病院
	澤 温	さわ病院
	白石 弘巳	東京都精神医学総合研究所
	助川 征雄	田園調布学園大学
	竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所
	平田 豊明	千葉県精神科医療センター
	山下 俊幸	京都市こころの健康増進センター
	山本 輝之	帝京大学法学部
研究支援者	大原美知子	東京都精神医学総合研究所
	梶 達彦	東京都立府中病院

研究要旨：精神科救急医療のあり方、特に精神科救急情報センターの整備状況と、平成 12 年 4 月より施行された医療保護入院等のための移送制度（精神保健福祉法第 34 条）の運用実態を明らかにするために、全国 47 都道府県・12 政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）を対象としたアンケート調査を施行し、43 道府県・11 政令指定都市より回答を得た。

精神科救急医療に関しては、調査時点で回答のあった 43 都道府県すべてで精神科救急医療システムの運用が開始されていたが、24 時間対応可能と回答したのは 4 都道府県であった。国庫補助を受けた情報センターを整備していると回答したのは 14 都道府県であり、国庫補助は受けていないが精神科救急受付窓口がある程度情報センター機能を果たしていると回答したのは 15 都道府県であった。24 時間対応可能な情報センターが設置されていると回答したのは 8 都道府県にとどまっており、医療へのアクセス確保の観点からは今後さらなる整備が必要と考えられた。また、情報センター整備の必要性を感じていないという自治体もあり、そうした地域の精神科救急の状況調査も必要と考えられた。

医療保護入院等の移送制度の運用状況に関しては、調査時点で移送制度が整備されている自治体は 35 自治体であり、移送制度による搬送実績のある自治体は 29 自治体に止まっていた。また、いわゆる「措置流れ」事例の取り扱いについては各自治体の慎重姿勢が目立った。この問題は移送制度に要求されている迅速性と代替手段採用困難性という二律背反した要請との関係で今後さらなる検討が必要と思われた。

A. 研究目的

近年のわが国の精神保健福祉においては精神障害者の地域生活支援は重要な課題となっている。疾病と障害を併せ持つ精神障害者が地域において自立と社会参加をめざすためには、疾病や症状のコントロールが不可欠であり、それを保障するものとして身近な地域の中で適時に適切な医療サービスを受けられる体制が整備される必要がある。都道府県を単位として全国的に体制整備が図られている精神科救急医療は、その意味から重要な制度ととらえられるが、その内容をみると措置入院など非自発入院を要するような重症例への対応が中心となっている傾向がある。最近ようやく精神科救急医療へのアクセスの確保とトリアージュの重要性が認識されるようになり、平成12年4月には国の精神科救急医療システム整備事業実施要綱に精神科救急情報センターに関する規定が追加された。また平成14年12月に出された社会保障審議会報告「今後の精神保健福祉施策について」において、精神科救急システムの確立が精神障害者の地域生活支援の重要項目に位置づけられ、今後自らの意思で受診しようとする者や相談のみですむ者などさまざまなニーズに対応できる体制の整備を推進する必要があると述べられている。平成14年度には精神科救急情報センターでの24時間医療相談体制が事業化され、15年度には輪番による初期救急システムの予算化が予定されているが、いつでも誰でもアクセスできる精神科救急医療体制の整備のためには、まずもって24時間対応可能で相談機能を備え、市民に周知された精神科救急情報センターの整備を急ぐ必要があると考える。

一方、今回の精神保健福祉法改正で新設

された医療保護入院等のための移送制度（精神保健福祉法第34条）は、疾病による判断能力低下に伴い、自らの健康と社会生活維持のために不可欠な治療の必要性を理解することができなくなった精神障害者の医療へのアクセスを確保するいわば最終手段として位置づけることができる。各自治体での制度整備は遅れ気味であり、運用実績も当初の予想を下回っている。その理由としては、新設された制度ということもあり、各自治体担当者や関係者に制度の趣旨や適応についての考え方が十分理解されているとは言い切れない現状があるのではないかと推測され、13年度の当研究の調査でもそれが裏付けられた。

以上のように、これら精神科救急医療及び34条移送制度については各自治体の実情の違いにより、整備の進捗状況やシステムのあり方に大きなばらつきが見られる。こうした点をふまえて、各自治体の地域特性にも配慮しながら、望ましい運用のあり方について検討し、今後の施策に資するための提言を行うことを目的として研究を行った。研究2年目となる本年度は前年度の調査結果もふまえ、各自治体の精神科救急医療システム、特に精神科救急情報センターの整備状況や機能に焦点をあてて調査を行った。また、移送制度については主に措置診察制度と34条移送との関連に焦点をあてて、その制度設計や運用の実態を調査した。

B. 研究方法

1. アンケート調査

精神科救急医療や移送制度に造詣の深い精神科臨床医及び研究者、精神障害者の人権の問題に詳しい弁護士と刑法学者らから

成る研究班を組織し、平成 14 年 11 月 8 日に第 1 回の研究会を開催した。そこで全国の都道府県、指定都市の精神保健福祉主管部局を対象にアンケート調査を行うことが提案され、その骨子についての検討が行われた。その後研究班員間で意見交換を重ね、内容を確定した。アンケートの内容は、精神科救急の平成 13 年度実績、システム稼働時間、救急情報センターまたは救急システムの窓口の整備や運用の状況、情報センター未整備の場合その理由、周知の範囲、職員体制、機能特に相談などの軽症者対応等である。一方、医療保護入院等のための移送制度については整備の有無、未整備の場合その理由、システムの概要、運用の手順、措置流れへの適用を含めた措置診察との関連及び平成 13 年度と平成 14 年 10 月末までの実績等である。平成 14 年 12 月に全国 47 都道府県、12 指定都市の主管課宛にアンケートを発送し、平成 15 年 1 月末に回収を行った。

2. 聞き取り調査

すでに精神科救急システムが整備され実績があり、昨年度の当研究の調査結果から初期救急的需要にも対応していると思われる高知、岩手の 2 県に対し聞き取り調査を実施した。この両県のシステムは大都市型でなく、拠点となるアクティブな病院を中心にして稼働しているという共通点を持っている。それぞれ平成 14 年 2 月と 3 月に研究班員を派遣し、主管課、精神科救急基幹病院医師等から運用の詳細や事例の傾向、経験をふまえての意見等を聴取した。

なお、アンケート調査の施行にあたっては、都道府県・政令指定都市精神保健福祉

主管部（局）に対して文書により本研究の趣旨を十分に説明した上で回答を得た。また、高知県、岩手県については、予め調査の趣旨について十分に説明を行い、了解を得た上で、聞き取り調査を行った。なお、今年度の研究では個別事例の情報を取り扱う手法はとらなかった。

C. 研究結果

1. アンケート調査について

アンケート調査については集計時点で 43 都道府県、11 指定都市（合計 54 自治体）から回答を得ることができた。

I. 精神科救急医療システムについて

調査時点で回答のあった 43 都道府県すべてで精神科救急医療システムの運用が開始されていたが、このうち 24 時間対応可能と回答したのは 4 都道府県であった。国庫補助を受けた情報センターを整備していると回答したのは 14 都道府県であり、国庫補助は受けていないが精神科救急受付窓口がある程度情報センター機能を果たしていると回答したのは 15 都道府県であった。情報センター未整備の都道府県を対象に情報センター設置の必要性について尋ねたところ、設置予定ないし準備中が 12、必要と思うが準備はしていないが 8、必要性を感じないが 5 都道府県であった。情報センターの設置が困難な理由については、人員確保や財政上の問題、情報センターの設置より精神科救急医療体制の整備が優先、などがあげられていた。また、情報センター設置の必要性を感じない理由としては、精神科救急医療施設が実質的に相談機能等もカバーしており、ニーズがないという回答であった。

厚生労働省の要綱にうたわれる 24 時間

対応可能な情報センターが設置されていると回答したのは8都道府県にとどまっております。昨年度の調査時点と同様の整備状況であった。情報センターないし精神科救急受付窓口が持っている機能については、電話相談33都道府県、情報提供28都道府県、医療機関紹介22都道府県、搬送手段紹介3都道府県、通報処理6都道府県、措置診察の事前調査2都道府県、法34条に関する事務処理1都道府県であり、医療へのアクセスの確保の点からは、今後さらなる整備が必要と考えられた。

13年度実績については、昨年度の研究と同様の考え方にに基づき、各自治体の人口万対年間相談件数、診療実績件数、入院件数の数値を算出し、システムの充足度の指標とした。さらに、診療実績中に入院の占める割合（入院率）、入院実績中に措置入院の占める割合（措置入院率）を算出した。ここでは、数字が小さくなるほどいわゆるソフト救急主体の、大きくなればなるほどいわゆるハード救急主体のシステムといえる。

その結果、人口万対相談件数は0.14から23.71件、人口万対診療実績件数は0.07から14.6件、人口万対入院件数は0.06から2.00件と大きなばらつきがあった。また、入院／診療実績は5.0から100%、措置入院／入院は0から100%とやはり大きくばらついていた。

II. 法34条による移送制度について

調査時点で移送制度が整備されている自治体は35自治体であり、制度未整備の理由としては、制度適応の判断基準が不明確、応急入院指定病院や指定医の確保困難、搬送人員や車両等の配備困難などがあげられていた。平成13年4月から14年10月末

までの移送制度による搬送実績は、358例であり、そのうち136例（38%）はいわゆる「措置流れ」（措置診察の結果、措置不要・要入院と判定された事例）事例であった。夜間・休日の搬送は58例あったが、そのうち48例は「措置流れ」事例であった。移送制度による搬送実績のある自治体は29自治体に止まっていた。また、移送制度の運用実績は地域差が極めて大きく、少数の自治体の搬送実績が突出した形になっていた。

調査時点で、34条による移送を実施中ないしは制度の細目が決定している自治体は39自治体であった。「措置流れ」事例に対する34条の適用については、48.7%の自治体が原則適用しないと回答しており、移送制度の適用に関して慎重な姿勢が目立った。なお、34条の適用を想定している自治体の70%以上が、34条に関する事前調査（75%）や指定医診察（70%）を措置診察と一体化して行うと回答していた。

III. 精神科救急医療に関する聞き取り調査

1) 高知県のシステムの概要、実績及び課題等

平成3年に休日（9時～21時）のみの救急システムを輪番制（現在7病院、いずれも高知市内）で開始し、平成8年に平日夜間帯（18時～22時）と土曜（18時～22時）について土佐病院による固定制で開始した。平成14年度からは平日夜間帯を17時～22時に、土曜を12時～22時に延長して、休日（9時～21時）と合わせて二本立てシステムが維持されており国庫補助を受けている。圏域については、県内の4医療圏のうち人口及び医療機関が集中している高知市

を含む中央医療圏を事実上主たる対象としたシステムである。初期救急的需要から緊急措置入院（年間数件という）までを同一システムの中で対応する。国庫補助の精神科救急情報センターはなく、県医師会運営の全科対応の救急情報センターが 24 時間受付窓口となっているが、精神関係の場合はほぼ自動的に当番病院に紹介される。入院後の後方転送については、救急当番病院以外の病院及び県立芸陽病院が協力するとされているがきちんとシステム化されていない。平日夜間について以前は高知医大から医師 1 名の派遣があり、土佐病院医師との 2 名当直体制であったが、最近土佐病院医師 1 名体制になっているという。

平成 13 年度実績としては、休日分については総診療依頼件数 183 件、うち実際に診療したもの 112 件で、その処遇は緊急措置入院が 0、医療保護入院 19、任意入院 20、外来診療 66、治療不要 6、その他 1 であった。

平日夜間、土曜分は、総診療依頼件数 1747 件、うち実際に診療したもの 389 件で、その処遇は緊急措置入院 2、医療保護入院 42、任意入院 63、外来診療 278、治療不要 1、その他 3 であった。

なお、診療依頼者の内訳についてみると休日分では 45%、平日夜間、土曜分では 66% が本人となっている。依頼者の住所地について休日分では中央医療圏 152、その他の県内 15、その他及び不明 16、平日夜間、土曜では中央医療圏 1480、その他の県内 156、その他及び不明 111 であった。

高知県のシステムの課題としては、まず稼働時間が全夜間でなく、平日休日とも深夜帯が空白になっていることである。しかし、土佐病院では自院通院患者を含め事実

上 22 時以降も対応をしている。救急情報センターへの精神科救急稼働時間帯以外の依頼電話は、13 年度には 48 件あったという。次に地理的な問題である。実施要綱には「中央医療圏を主たる対象に」とあるが、医療資源の偏在からその他の医療圏でシステムを作るのが困難であり、事実上全県を 1 救急医療圏として稼働している。先述のように他医療圏からの依頼は 1 割程度あるが、受診アクセスにはかなりの困難があると推測される。また、土佐病院というアクティブな 1 民間病院に大きく依存したシステムであり、負担が集中し過ぎているきらいがあることも挙げられよう。

2) 岩手県のシステムの概要、実績及び課題等

平成 10 年 2 月より岩手医大付属病院（精神科は 78 床の閉鎖病棟を有する）を固定制の基幹病院として盛岡医療圏のみのシステムが稼働開始された。運用時間については、岩手医大の担う身体 3 次救急との関連で救急隊により搬送されたものを精神科 3 次と位置づけて 24 時間対応、その他によるものを初期、2 次として平日全夜間と休日（土曜含む）の日中及び全夜間に対応している。その後順次残りの医療圏でも開設され、平成 12 年 5 月以降は計 4 つの圏域で全県カバーされている。岩手中部は国立療養所南花巻病院、県南は県立南光病院、県北は県立一戸病院がそれぞれ固定制の基幹病院となっている。盛岡圏域以外では平日日中はシステムとしての対応はなく、また岩手医大以外の基幹病院は身体 3 次救急との関連を持たない。高知県同様、初期から緊急措置相当まで同一システム内で扱う。国庫補助の情報センターはなく、それぞれの病院が

直接窓口となり当直医師やスタッフが対応する。なお、数年来懸案であった県下精神病床の空床情報システムが、平成 14 年度末から試行的に稼動予定である。かかりつけがある場合は第一義的にはそこが対応する取り決めだが、実際は救急基幹病院の負担が大きい。入院後の後方転送はシステム化されておらず、岩手医大の場合、同門会等のつながりで受け入れ病院を探すことも多いという。

平成 13 年度実績としては、総対応件数 2606 件（盛岡圏域 1171、岩手中部 384、県南 195、県北 556）で、うち実際の診療件数 2005 件（盛岡圏域 1109、岩手中部 214、県南 450、県北 232）であった。処遇については措置入院 2（盛岡圏域 1、岩手中部 0、県南 1、県北 0）、医療保護入院 96（盛岡圏域 32、岩手中部 19、県南 31、県北 14）、任意入院 185（盛岡圏域 70、岩手中部 22、県南 54、県北 39）、帰宅等 1685（盛岡圏域 981、岩手中央 173、県南 363、県北 168）、その他 36 となっている。

岩手県のシステムは、圏域毎の完全固定制で同一基幹病院が初期救急から措置入院まで扱うもので、中でも岩手医大は身体救急との密接な連携により合併症対応も可能ないわばオールマイティーな施設である。そのために負担が集中し、患者の後送がシステム化されていない中で保護室等のベッド確保に往々困難を生じるなどの運用上の課題をかかえているという。

D. 考察

I. 精神科救急医療システムについて

精神科救急医療事業は平成 7 年に国が予算化し、都道府県を単位として平成 14 年を目途として全国的に整備を進めてきたもの

である。また、東京都や大阪府など大都市をかかえる一部都府県においては国による事業化に先立って独自の精神科救急医療システムが運用されてきた経緯がある。精神科救急医療システムの運用方法は自治体ごとにより異なっており、例えば東京都のように緊急措置診察を中核とした精神科救急医療システムを構築している自治体もあれば、神奈川県のように措置診察とその他の診察を緊急、救急と区別している自治体、さらには、宮城県のように措置診察は精神科救急医療システムとは全くの別枠で運用されている自治体もある。また、精神科救急医療システムの実績の把握方法も自治体により異なっているようであり、相談、診療実績、入院数などの定義が自治体によって若干異なっている可能性を否定することはできない。さらに、継続的に受診している患者に対して一般の精神科医療機関が積極的に精神科救急医療を提供しているような地域では、自治体の精神科救急医療システムのニーズは下がり、よりハードな事例に限定されることとなろう。今回の研究は、都道府県の精神保健福祉担当課を対象とした回顧的方法によるアンケート調査によって行われており、こうした側面をすべて考慮して検討することは事実上不可能であり、こうした方法論的な限界のゆえに、その結果の解釈には慎重でなければならない。

しかし、本研究の結果、精神科救急医療システムのあり方と運用実績、あるいは精神科救急情報センター（ないしは精神科救急受付窓口）のあり方と運用実績との関係には一定の傾向が指摘できることも事実であり、少なくとも現状における行政的精神科救急医療システムの実態を反映していることは確実であろう。