

精神保健福祉政策研究ネットワークにご登録の先生方

お世話になっております。

第2回のテーマと致しましては、「精神障害者の住居問題について」とさせて頂きました。

まずこちらから情報提供をさせていただきます。

当精神保健計画部では、精神障害者の退院・社会復帰を図るための住居確保について、住居確保に取り組んできた精神科病院、社会復帰施設等の関係者、住居を供給する側である住宅会社、不動産業、行政機関等を対象に聞き取り調査を行いました。その結果を報告書案としてまとめましたので添付いたします。

住居問題に関して、皆様にぜひご意見や現場での問題点などお聞かせ願いたいと思ひまして、簡単なアンケートを作りましたのでご記入お願い致します。答えられるところだけでも構いませんのでよろしくお願ひします。

①受け入れ条件が整えば退院可能な7万2千人の退院・社会復帰に退院に関する各地域の動き、取り組みについて何か情報がありましたらご記入下さい。

②住居確保のための組織的取り組みの事例をあげて下さい（成功例・失敗例問わず）。

③すでに地域で単身生活している精神障害者に対して、行っている援助がありましたらご記入下さい。または援助方法の案がありましたらご記入下さい。

④50代から60代の長期在院となった高齢精神障害者の退院における住居問題、生活支援について、ご意見をご記入下さい。

⑤精神保健福祉センター、保健所等の関与した、住居および地域支援の確保のための地域ネットワークの取り組みの事例についてご記入下さい。また将来的にどのような取り組みが可能であるか、必要であるかご記入下さい。

⑥制度化あるいは全国的に普及の可能性のある住居確保対策についてのご意見をご記入下さい。

⑦報告書案をお読みになってコメント等ありましたらご記入下さい。

締め切りは1週間後とさせていただきます。

上記の点線の間の質問についてお答え下さい。

返送頂いた内容はその後1週間でおまとめして皆様にフィードバックさせていただきます。

お忙しいところ申し訳ございませんが、よろしくお願ひ致します。

平成15年厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）
「精神障害者の社会復帰に向けた地域体制の整備に関する研究」
分担研究報告書（案）
「社会復帰施設機能の測定に関する研究」
－精神障害者の退院・社会復帰における住居確保のあり方について－

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 蓑輪裕子（聖徳大学短期大学部）
橋本康男（広島大学）
下野正健（福岡県精神保健福祉センター）
立森久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）
山本美香（青山学院女子短期大学）

研究要旨 社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書、精神保健福祉対策本部中間報告にある「受け入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の対策に向けて、既存の社会復帰施設やグループホーム等の制度化されたものに限らず、一般賃貸住居の確保や、居住生活における生活の安定・安心に必要な環境基盤の整備等について、精神病院、社会復帰施設、住宅会社、不動産業、行政機関等に聞き取り調査を行った。聞き取り調査の結果、一般賃貸住宅の利用においては、家賃の支払い能力、問題が発生した場合の身元保証、物件の供給、地域の理解すべてに解決すべき課題が存在した。しかしながら単身用のアパートなど賃貸物件の空室は増加する傾向にあると思われ、困難要因を解決する方策、特に家賃保証と身元保証を明確にすることと、精神障害者の退院・社会復帰に相当数の賃貸物件の需要が発生することが周知されれば、市場の原理にしたがって、住居確保の問題が改善する余地は十分にあると考えられた。住居確保対策として実施されていたことは、精神病院と不動産会社等の賃貸契約のもとに精神障害者が入居する方法、病床を転換して住居として活用すること、病院敷地内外の職員寮を住居として活用すること、住居確保のための有限会社の設立などであった。賃貸住居の確保のための有限会社設立などの組織づくりと資金運用は、民間活力の活用や公的支援の効果的活用のうえからも、有力な方法と考えられる。住居管理、居住者の健康管理等に関しては、精神病院の精神科ソーシャルワーカー等が蓄積してきたノウハウがある。そのノウハウをマニュアルとしてまとめることで、不動産会社関連の賃貸に向けての動きを加速できる可能性がある。今回の聞き取り調査では、精神病院の賃貸契約に基づく共同住居、グループホーム、福祉ホームB型などの多様な事例の情報を収集したが、住居確保にあわせて日常生活の質の確保のために、精神科デイケア、訪問看護などが戦略的に利用されていることがわかった。住居確保対策は、その住居を利用する精神障害者のライフサイクル、居住者の能力と障害、介護保険制度の動向などを背景に、戦略的に組み立てていく必要があり、そのためには病院敷地内、精神病院や社会復帰施設の近傍、さらには広く地域社会の全体を視野に、多様な住居群を確保していく考え方が必要である。

平成 15 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）
「精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究」
分担研究：行政・実績報告の整理と有効活用

研究協力報告書

－「行政・実績報告の整理と有効活用」における法的問題点とその検討－

研究協力者 川端 博（明治大学法学部教授）

1. 本研究の目的、方法及び期待される成果

分担研究「行政・実績報告の整理と有効活用」における法的問題点を検討するに当たっては、本研究の目的及び期待される成果を明確にしておく必要がある。本研究の目的は、次の点にある。すなわち、行政・実績報告の整理と有効活用を図る方法を明らかにするため、精神障害者保健福祉手帳、精神保健福祉法 32 条による通院医療費公費負担制度利用者に関する都道府県等におけるデータベースの実態を把握するとともに、データベース情報の提供を受ける手続き等の検討を行う。また行政・実績報告の有効活用に関連して、政策研究ネットワークによる情報提供と意見収集を行う。

その方法は、次のとおりである。

（1）精神障害者保健福祉手帳、通院医療費公費負担制度利用者データ電子化の実態に関する調査

精神障害者保健福祉手帳の交付者、精神保健福祉法 32 条による通院医療費公費負担制度利用者に関する、データ電子化の実態に関する質問紙調査

（作成の有無と、どのような項目を電子化しているか）を行う。また都道府県等で作成されたデータベースを匿名化された状態で提供を受け、それを他の都道府県等と連結する場合の課題と解決すべき課題について検討する。

（2）政策研究ネットワークによる行政・実績報告の整理と有効活用に関する調査

国立精神・神経センター精神保健研究所保健計画部ではじめた政策研究ネットワークをとおして「精神障害者保健福祉手帳、通院医療費公費負担制度利用者データ電子化の実態に関する調査」の実態調査結果の検討、および公表できる行政・実績報告の相互提供をとおして、行政・実績報告の有効活用をネットワーク上で行う。

本研究の成果として、次のことが期待される。すなわち、実態把握が望まれる精神障害者保健福祉手帳、通院医療費公費負担制度利用者の全国的実態を速やかに把握する方法と課題を明らかにする。そして、ネットワーク上での行政・実績報告の有効活用の試行を行い、行政・実績報告の有効活用

をネットワーク上で行う方法を示すことができる。

2. 行政資料の活用に関する法的問題点

(1) 各都道府県政令指定都市から手帳および公費負担利用者に関するデータベース（個人が特定可能なデータを除いた生データ）の提供を受ける際に生じ得る問題点およびそれに対処するために踏むべき手続きについて

まず、調査の目的、データの使用方法、データの管理等について、調査依頼先に詳細に説明して、その十分な理解を得ておく必要がある。そして目的外使用がないことを明確に保障しておかなければならない。

調査を依頼する機関の担当責任者を確定する必要がある。データの信頼性を確保するためには、その作成責任者を特定し、その者の責任において作成されたことが明示されていることが要求される。したがって、調査項目に関連して責任ある回答をなし得る権限を有する者が担当責任者となることが望まれる。

調査に対する回答が当該機関の権限と責任においてなされるものである以上、その権限を明らかにしておく必要がある。つまり、権限規定を明示できるようにしておかなければならない。この点に関しては、当該機関の種類によって権限規定の準拠法令は異なってくる可能性がある。典型例と

しては、地方自治体における個人情報保護条例、情報公開条例等が挙げられる。このような条例において、権限が明文によって規定されている場合には、直接、その規定が正統性の根拠となり得るので、比較的問題は少ないといえる。

地方自治体によっては、条例に基づかないで対応する場合もあり得る。しかし、そのような場合であっても、できる限り公正さの確保に努める必要があるといわなければならない。例えば、自治体の情報公開審査会の意見を聴取した上で対応すること等が考えられる。このような機関の意見聴取を経ない場合には、担当部署の責任者の職務権限に基づいて、その者の責任において対応すべきことになる。

担当者が情報を提供するに当たっては、個人を特定することが可能なデータが流出しないように細心の注意を払うことが要求される。個人のプライバシーの侵害があってはならないのである。個人のプライバシーは最大限に保護されなければならないのであり、その侵害を伴うデータは、本研究目的に合致しないばかりか、研究の信頼性を大いに損なうこととなって、かえって有害となるのである。そこで、調査の段階において、個人を特定できる形でのデータの提供を求めるものではないことを予め周知徹底させておく必要がある。

責任の所在の明確化及び手続きの可視化のためには、関連する種々の交渉の経緯及び内容は、できる限り文書

化しておくことが望まれる。

(2) 都道府県等から提供を受けたデータを構成労働科学研究等において指定された研究者が連結し、解析する上で生じ得る問題点と配慮すべき事柄

提供を受けたデータを連結し、解析する場合、それはあくまでも本研究の目的に合致する範囲内で行われなければならない。集計データであれ、個別データであれ、使用方法によっては本来の目的とは異なる別の意味及び価値を有するに至ることがあり得る。客観的データは、元来、価値中立的で公正な属性を有するものと考えられがちであるが、決してそうではないのである。研究の目的以外の観点からのデータの連結及び解析は、厳に慎まなければならない。つまり、目的以外使用により研究の公正さに疑念を持たれるような事態を避ける必要があるのである。

データを連結し解析するに当たって、その基準が設定されることになろうが、それに基づいて種々の比較検討がなされることがあり得る。その際、地域、数値、回答内容の表記等によって、地方自治体等が特定されることが生じ得る。その場合、地方自治体によっては特定されることを望まないで回答に応ずることもあり得るので、その意向に背反しないように配慮する必要がある。個別データについては、より深い配慮が望まれるところである。

(3) データベースの解析から得られた結果を公表する際に生じ得る問題点およびそれに対処するために踏むべき手続きについて

データベースの解析から得られた結果を公表するに当たっては、(2)において指摘した問題点が顕在化することに留意する必要がある。解析結果が公表されることによって関連範囲が拡大し、さらにそのこと自体によって問題が重大化する虞が生じてくるのである。それは、公表の段階、対象者、公表の範囲、公表の目的等によって異なる。

(i) 行政（厚生労働省）が内部資料として公表する場合

行政機関（厚生労働省）が内部資料として公表する場合には、内部資料として使用する限り問題は生じない。すなわち、行政においてその施策を合目的的に遂行するために当該研究成果を活用するのは当然のことであり、むしろ施策の充実にとってはきわめて有用なのである。そのような施策の実施に当たって内部資料として大いに活用されることが望まれる。

(ii) 研究結果を研究者が報告書として公表する場合

研究結果を報告書として公表する場合、その公表は、直接、行政の実施のためになされるものではない。すなわち、特定の行政施策の遂行に役立たせる目的で公表されるわけではないのである。報告書は、あくまでも当該研究の成果として公開される公刊物

にほかならない。したがって、報告書として公表するに当たっては、(2)における問題が生じないように配慮する必要がある。

(iii) 指定された研究者が研究結果を論文として公表する場合

指定された研究者が研究結果を論文として公表する場合、その論文は私的色彩の濃いものとなる。研究成果の「報告書」は、公的に実施された研究の遂行過程及び研究結果を記録したものである。これに対して、個々の研究者名義で作成された「論文」は、その研究者の視点から書かれた個人の制作物としての性格を有するのである。すなわち、そこにおいては、当該研究者の個人的資質に基づく独創的成果が強調されることになるのであり、研究者個人の業績として評価されることになる。したがって、論文の公表は当該研究者の責任においてなされるべきものである。すなわち、研究者の自己責任において、研究論文におけるルールに従うことが要求されるにとどまる。

(4) (1)(2)(3)に関係した研究者以外が関与して、作成されたデータベースを利用し、解析した結果を公表する際に生じ得る問題点およびそれに対処するために踏むべき手続きについて

(1)(2)(3)に関係した研究者以外が関与して作成されたデータベースは、本研究参加者以外の者が作成したものであり、いわば外部資料にほ

かならない。したがって、それを利用して解析した結果は、少なくともその限度において外部資料に基づいてなされた研究の成果ということになる。そして、当該データの信頼性は、それを作成した研究者に依存するのであるから、その判断については利用する側に責任があることは当然である。

当該データベースを利用して解析した結果を公表するに当たっては、まず、そのデータベースの性質、つまり、作成者、作成方法、利用許可、公表許可等を明示することが必要である。次に、当該データベースの利用部分、利用方法等を明記しておくべきである。外部資料に基づいて得られた解析結果の公表によって生ずる法的責任(名誉毀損等に基づく損害賠償責任、著作権侵害等に基づく損害賠償責任等)は、すべて利用者側にある。

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学障害保健福祉総合研究事業）
分担研究報告書

精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究（主任研究者：岩崎榮）
地域精神保健福祉に関する指標の開発の研究

分担研究者 桑原 寛 神奈川県精神保健福祉センター 所長

研究要旨：神奈川県内の各自治体における精神保健福祉施策の立案、実施、評価に活用しうる基本的な相談業務統計指標と基準について検討し、共通活用に向けた相談業務日計表試案と記入要領試案とを作成し、県内各自治体の参加を得て、1カ月間の試行とアンケート調査を実施した。

その結果、横浜市 18 福祉保健センター、川崎市 7 保健福祉センター、横須賀市保健所、相模原市保健所、県域 11 保健福祉事務所については全所から、県域保健福祉事務所管内 33 市町村については 28 市町村 (84.8%) から回答があり、延べ相談件数は、横浜市 5384 件、川崎市 1246 件、横須賀市 320 件、相模原市 448 件、県保健福祉事務所 1826 件、県域 28 市町村 1381 件で総数 10605 件であった。

本年度は、これらの回収データの包括的な集計整理を試みるとともに、アンケート調査の回答を質問項目別、内容別に整理し、記入要領案改訂に向けた課題整理を行った。

研究協力者 (50 音順)	
荒木 明美	横浜市こころの健康相談センター
桜井 素子	神奈川県精神保健福祉センター
柴 静枝	川崎市精神保健福祉センター
柴田 則子	神奈川県津久井保健福祉事務所
篠崎 安志	横浜市こころの健康相談センター
鈴木 和彦	秦野市障害福祉課
竹島 正	国立精神・神経センター精神保健研究所
藤井由美子	神奈川県三崎保健福祉事務所
矢島 義明	相模原市保健所
渡辺 明	横須賀市保健所
研究支援者	
大竹三千代	相模原市保健所
小池 尚志	神奈川県精神保健福祉センター
村上 智之	横浜市こころの健康相談センター

地域住民の精神保健医療福祉ニーズが高まる中で、平成 14 年度に精神保健福祉に関する事務が市町村に移管されるとともに、市町村における精神障害者に対する福祉サービスが開始され、地域精神保健福祉体制は大きな変革期を迎えている。こうした状況の中で、今後の市町村も含めた県内各自治体における精神保健福祉業務の実施状況を見直しつつ、総合的な地域精神保健福祉サービスの提供体制を整えていくためには、各自治体が共有しうる業務統計指標の開発が望まれる。本研究では、地域精神保健福祉施策の立案、実施、評価に役立つ共有指標の開発に向け検討を試みる。

B 研究方法

本年度は、昨年度の研究結果を踏まえて、県内各自治体での地域精神保健福祉施策の立案、実施、評価への有効活用に向け、県内各自治体が相互に共有しうる基本的な相談業務指標の選定と、共有の業務統計日計表案と記入要領試案の作成、試行に向け、以下の作業を行った。

1. 精神保健福祉相談業務日計表と記入要領案の作成

各自治体では、それぞれ独自に策定した

A 研究目的

相談業務実施要項に基づき日常の相談業務統計をとっている。そこで、まず、昨年度の調査で収集した関連資料および研究協力者が所属する各自治体毎の相談業務実施要項および相談業務統計にかかる関係書類を共有の資料とし、それを参照しながら、県内の各自治体で相互に共有すべき基本的な相談業務統計指標の選定作業を行った。

具体的には、各自治体毎の相談業務統計項目とカテゴリーを一覧表(表1)にし、それを土台に相互に共有すべき基本的な統計指標を選定した。その上で、各項目毎に、分類方法と分類カテゴリー、共有の判定基準について検討し、その結果を踏まえて「精神保健福祉相談業務の日計表(試験用)」(以下、試験用日計表試案：別添資料1)と「精神保健福祉相談日計表(試験用)」の記入要領(以下、記入要領試案：別添資料2)を作成した。なお、日計表試案の作成については、平成13年度に市町村の技術援助の資料として当センターで作成し、県都市町村の業務担当者に提示した日計表を土台とし、個人情報保護の観点から、氏名、住所、受付番号など、個人の特定化に結びつきうる記載項目を除外するなど、連結不可能匿名化の徹底に留意し作成した。

2. 試行とアンケート調査の実施

相模原市保健所、横須賀市保健所、横浜市の区福祉保健センター、川崎市の区保健福祉センター、県域保健福祉事務所、県域33市町村の相談業務担当者に、1カ月間の本試行研究への参加を依頼した。なお、政令指定都市、中核市、保健所政令市については、本研究協力者が、各々の自治体での試行に向けた準備と回収データの取り纏めを行こなった。

試行期間については、各自治体での事前説明等の実施状況の関係で2期に分けて実施した。すなわち、横浜市、川崎市、横須賀市、相模原市については、平成15年11月、県域保健福祉事務所と33市町村については同年12月の1カ月間である。この期間の相談対応事例について相談業務資料と各自治体の業務統計表等の既存資料をもとに、記入要領試案に準じて日計表にデータを転記してもらうとともに、試案に関するアンケート調査(別添資料3)にかかる意見を記入してもらった。

具体的な質問項目は、①記入要領の分りにくいところ、明確にしたほうがよいところ、②試験用日計表で使いにくいところ、③各自治体共通の項目として有用と思われたもの、④必要のないもの、⑤追加・改善すべき項目、⑥今回の試行に関する意見、⑦その他、自由意見である。

(倫理的事項への配慮)

県内の各自治体に参加を呼びかけての試行に際し、各自治体の相談業務担当者が、相談記録等の既存資料データを日計表へ転記する際に、連結不可能匿名化の手順を徹底化することにより、相談者個人の特定がなされないようにするとともに、試行実施手順およびデータ管理法を記した試行実施手順書(別添資料4)を作成して、業務担当者に配布するなど、個人情報保護の徹底化に向けての配慮をした。

C 研究結果

1. 精神保健福祉相談業務日計表と記入要領案の作成

研究協力者の相互の意見交換を踏まえて、選定した基本的な指標は、別表に示す11の項目である。

相談業務に係る基本的指標

- ① 性
- ② 年齢
- ③ 地域保健事業報告分類
- ④ 把握区分
- ⑤ 診断名
- ⑥ 状態像
- ⑦ 被面接者
- ⑧ 援助方法
- ⑨ 訪問先
- ⑩ 相談種別
- ⑪ 担当者

各項目に関する記入要領上の要点は、以下の如くである。

②年齢については、相模原市と川崎市が実年齢であったが、残りは年代区分カテゴリー分類で10歳刻みで、県及び横浜市は10歳未満がなかった。そこで、今回の試行では、データ分析の際に、実際に幾つかの分類区分を行い、各々の区分方法の長所、短所を検討することを前提に、実年齢での記入とした。

③地域保健事業報告は、国への報告を求められている調査事項である。横浜市では、各種統計から得られたデータをもとに、本庁で各相談内容を改めて判別分類し、国に報告するための集計整理を行う方法をとっていた。また、川崎市は、「その他」に関して、独自に幾つかの下位項目を設定していたが、今回の試行では、国基準に則って、各業務統計をつける担当者が、判断し記載することとした。

④把握区分は、実件数と延べ件数を区別するためのものである。すなわち、把握新と年度新を合わせたものが実件数で、この実件数に、再相談件数を加えたものが延べ件数である。この項目に関する問題点は、延べ件数のカウントの仕方、とくに頻回相談事例の対応件数のあげ方が各自自治体でまちまちであった。この問題を解決するため、記入要領書の冒頭で相談事例のカウント法について一定の基準を設け、それにそって判断、記載をしてもらうこととした。

⑤診断名の分類記載方法については、各自自治体でまちまちであった。この項目は、相談対象の全てについての記入事項ではなく、相談時点で、既に精神科医療機関の利用歴があり診断名が判っている場合、その病名を記載してもらうものである。近年、通院医療公費負担申請や精神障害者手帳申請の書類ではICDコードを記入することが求められようになっており、今後はICD分類が主流になっていくものと思われる。しかし、こうした診断書類での病名記載については、その移行準備期間中として、従来の診断名の記載でも可とされているのが現状である。従って、本試案においてICD分類に基づく記載を採用すると、業務担当者側で、その従来診断名が、ICD分類コードのどこに相当するのかを判断し、記載しなければならなくなり大変な手間を要することになる。さらに、その判定結果の解釈の際に、様々な困難が生じうることも容易に予想しうる。以上を勘案し、今回の試案では、ICD分類を基本としつつ、従来の診断名でも記載できるように、診断分類案と記入要領の説明につき工夫した。

⑥状態像の判断は、地域精神保健福祉業務担当者にとっては、精神医学的診断以上に重要な意味を持ちうる。しかし、この項目では、全事例について、その状態像を判

断記載するのではなく、ひきこもりとか、希死念慮を伴う「うつ状態」など、近年、新たな地域課題として注目されつつある状態像に焦点を合わせて、その動向を把握することを目的とした。

⑦被面接者については、当事者や家族のみならず、精神障害者の地域生活支援にかかわる立場の人からの相談が増え、多様化しつつある。そこで、記入要領では、4. 関係機関・職員、及び5. その他に含まれる具体例を、注として付記することにした。

⑧援助方法については、どのような相談対応を行ったときに1件としてカウントするかが議論された。今回は、相談記録をとって対応した場合を1件として計上することとした。また、地域ニーズ動向を把握することを重視し、1日に何度も電話してくる頻回相談ケースについては、個々にではなく、半日1件としてカウントすることとした。

⑨訪問先の項目は、⑧の援助方法の分類で訪問支援活動を行った場合、その訪問先がどのような所なのかを把握することを目的とした。

⑩相談種別については、支援方法との関連で地域住民ニーズの動向を把握するための重要な項目である。しかし、近年、相談内容は多様化しており、さらに、相談内容自体が、保健、医療、福祉にかかる内容を含むなど複雑化してきており、従来からの「重複可」という条件で課題をカウントする方法では、支援のポイントを明確に把握することが困難になりつつある。そこで、今回の試案では、まず、主たる相談内容を、治療上の問題、生活上の問題、社会復帰(参加)に関する問題、心の健康に関するもの等の大分類に従って記載してもらい、その上で、医療、福祉的課題については、各項目毎により具体的な相談内容の下位分類カテゴリーを設けて、重複可で業務担当者の判断を記入してもらうこととした。

なお、平成14年度から、市町村で実施することになった精神障害者居宅生活支援事業メニューとしてのホームヘルプ、ショートステイ、グループホーム利用にかかる相談や通院医療費公費負担や手帳申請にかかる相談については、県域保健所での相談内容と市町村での相談とでは、その意味合いも微妙に異なってくるのが予想された。

その点に関しては、今回の試行では、とりあえず、社会復帰上の問題として位置づけて整理を試みた。

⑩担当者については、市町村窓口の対応状況をふまえて事務職を入れた。

2. 試行データの回収状況と集計結果

平成16年2月末現在で、横浜市18福祉保健センター、川崎市7福祉保健センター、横須賀市保健所、相模原市保健所、県域11福祉保健事務所については全所から、県域福祉事務所管内33市町村については28市町村(84.8%)から回答があった。延べ相談件数については、横浜市5384件、川崎市1246件、横須賀市320件、相模原市448件、県域福祉事務所1826件、県域28市町村1381件で、計10605件であった。

以下、これらの回収データの総合的な集計結果について述べる。なお、相談業務統計は、実件数、延べ件数に分けて整理するのが通例であるが、今回は試行期間が1カ月間と短期間であることを勘案し、延べ件数にかかる集計結果のみを提示する。すなわち、具体的には、県域11福祉保健事務所、横須賀市保健所、相模原市保健所、横浜市福祉保健センター、川崎市福祉保健センター、県域保健所管内21市町村の6区分で整理し、相互に比較検討を行った。

集計結果は、表(2~15)とグラフ(図1~28)に示す如くである。図1~14は、比率配分を、図15~28は実数の分布を整理したものであるが、各図表の特徴的な所見を述べると以下の如くである。

まず、相談対象者の①性別(表2、図1、15)については、全体では、男女ほぼ同数であったが、人口過密地域である横浜、川崎、相模原市では男性の相談が多く、県域および横須賀市では女性の相談が多い傾向を認めた。

②年齢(表3、図2、16)については、横浜市と県域福祉事務所では30歳代と50歳代にピークをもつ二峰性の分布となっていることが目立つ(図16)。

③地域保健事業報告分類(表4、図3、17)では、「その他」が全体のほぼ半数を占め、自治体別集計区分間の比較では、最も少ない、横須賀市、相模原市の18.4%と、最も多い横浜市の64.3%まで、その巾が大きかった。また、いずれの自治体でも、社会復

帰にかかる相談が多かったが、県域福祉事務所分のみ老人保健にかかる相談が多くなっていた(図17)。

④把握区分(表5、図4、18)では、横須賀市で新規相談件数の比率が高いことが目立つ。

⑤診断名(表6、図5、19)については、全体の85%で何らかの診断名がついていた。病名では、統合失調症圏が圧倒的に多く、半数を占め、次いで感情障害圏、器質性精神障害、人格障害の順であった。

⑥状態像(表7、図6、20)については、不登校、不安、幻覚妄想状態、その他の非特異的な状態の者が20%、該当なしが、全体の半数を占め、自治体別集計区分間の比較では、最も少なかったのが、県域市町村の23%で、最も多かったのが横浜市の71.8%であった。また、今回、特に注目した状態像の中では、ひきこもりが最も多く、次いで、人格的障害、希死念慮を伴う「うつ状態」の相談が多かった。なお、自由記載の中に記載された新たなニーズとしては、ギャンブルや買い物依存、高次脳機能障害、学習障害、ストーカー、PTSDなどがあげられていた。また、自治体群別に具体的な相談件数をみると(図20)、横浜市で、ひきこもりと希死念慮を伴う「うつ状態」が多く、県域福祉事務所では人格的障害が、また県域管内市町村では食生活に関する問題が多い傾向を認めた。

⑦被面接者(表8、図7、21)では、当事者からの相談が40%を超えて最も多く、次いで家族が20%、医療機関からの相談が10%であった。

⑧援助方法(表9、図8、22)については、面接が30%、電話55%、訪問15%で県域市町村、横須賀市、相模原市で訪問比率が20%と高かった。

⑨訪問先(表10、図9、23)については、各自治体とも家庭が最も多く、次いで医療機関も含む関係機関の順であった。

⑩相談種別(表11~14、図10~13、24~27)については、生活上の問題が38.8%で最も高い。次いで社会復帰の問題25.1%、治療上の問題24.8%の順で、以上の3項目で9割をしめており、心の健康の問題は5%と少なかった。再掲分類では、生活上の問題では、生活に関する相談が最も多く、次いで、家族の対応方法に関する相談が多か

った。社会復帰の問題では、社会復帰、社会参加にかかる相談が最も多く、次いで、ホーム・ヘルパーに関する相談、通院医療費公費負担にかかる相談が多かった。また、自治体間の比較では、横浜市で社会復帰に関する相談の比率が高く(図 18)、さらに、その内容をみると(図 20)通院医療費公費負担と社会適応訓練にかかる相談の比率が高いことが目立つ。また、精神障害者居宅生活支援事業のうち、グループホーム、ショートステイにかかる相談は少なかった。

⑩担当者職種(表 15、図 14、28)については、横浜市、川崎市では福祉職の比率が高く、横須賀市、相模原市、県城市町村では、保健師の占める比率が高かった。

3. アンケート調査の結果

回答結果については、各自治体からの回答をアンケートの質問項目順に整理した表と、回答内容をテーマ別に整理した表を資料として付した。

この一覧表に基づき、まず、アンケートの質問項目別に、主な意見を箇条書きにすると以下の如くである。

1) 記入要領案の分かりにくいところ、明確にしたほうがよいところ

- ・ 当事者家族からの相談の場合と違って、近隣者や友人などからの相談の場合、ほとんどの項目について判断に迷った。
- ・ 相談件数について、1件の数え方の基準がわかりにくい。
- ・ 頻回相談者に関し業務量が反映しない。実際の業務量を把握するためにも、電話や面接回数を再掲であげた方がよい。
- ・ 地域保健事業報告、心の健康づくり、その他の具体例
- ・ 地域保健事業分類の「その他」の領域が広すぎて、該当項目のカウントが多くなってしまう。
- ・ 相談種別における「こころの健康づくり」に関し、地域保健事業報告と今回の統計とは考え方が全く異なるので、混乱があった。
- ・ 状態像の項目の判断がつきにくく、状態像に「なし」が多くなり過ぎる。

2) 試験用日計表で使いにくいところ

- ・ 再相談の場合でも毎回基礎データ(性別・年齢・地域保健事業報告・診断名・状態像)を記入しなければならないのは大変。
- ・ 実年齢の記入ではなく、何歳代に変更希望。
- ・ 相談種別(主)の扱いについて、本人・母親同時面接の場合の判断に迷った(例) 本人：退院後の相談→社会復帰、母親：外泊から退院してしまった→医療
- ・ 相談種別を主分類と再掲に分けず、全体を通して区分とし1度の選択ですむようにした方がよい。
- ・ 「なし」「不」など文字入力の際の箇所はナンバー化した方がよい。
- ・ 大項目小項目も同じ数字記号を記入していくので見づらく書きづらかった。

3) 各自治体共通の項目として有用と思われたもの

- ・ 全項目について有用(各市町村、全国での具体的な傾向が理解できる)
- ・ 相談種別、再掲分類区分を整理することで、施策の立案・実施・評価の共通認識に有用である。
- ・ 相談種別、心の健康問題について有用だと思う。

4) 必要のないもの

- ・ 状態像の「人格障害的問題」は、診断名でよいのではないか。もし、残すのであれば、「人格障害的問題」とは何を指すのかを明確にすべき。
- ・ 診断名及び状態像は、市町村の業務担当者の支援に際して必ずしもなければいけないものではない。

5) 追加・改善すべき項目

- ・ 家族構成(単身・家族同居)を追加した方がよい。
- ・ 状態像に、生活支援上のカテゴリー(例 要生活支援)を入れた方がよい。
- ・ 診断名に「未聴取」、未診断(診断保留とは異なる)が必要。
- ・ 診断名が一つだと、精神発達遅滞や身体合併症の存在が見えなくなってしまう。

- ・ 地域での関わりの課題を明確にするため「近隣苦情」「要医療（医療に繋ぐ困難さ）」「医療中断」「要生活支援」などを追加してはどうか。
- ・ 相談種別に関して、身体観察・ケアが必要。
- ・ 関係機関との連絡時の相談内容がほしい。
- ・ 24条、23条をいれた方がよい

6) 今回の試行に関する意見

- ・ ケア必要度と援助内容の評価に客観性を持たせる意味でも必要な試行。
- ・ 統計に関して共通認識が必要なことが分かりよかった。
- ・ 相談業務統計に不慣れなこともあり負担感が大きかった。
- ・ 市町村の相談の中心は居宅支援サービスや社会資源への斡旋が中心だが、市での日計表の記入は業務計画上有効と思われた。

7) その他、自由意見

- ・ 保健師が行う国への業務統計と二度手間になる。保健師活動報告表(月報)と記載事項が統一されればよい(訪問日計表で精神障害の項目が社会復帰・老人精神保健・アルコールしかない)。
- ・ 状態像の「その他」が自由記載になっていたが、各項目の個別評価基準の検討を前提にニーズと尺度が明確化しないと、マネジメント、アセスメント、モニタリングへの流れにもつながるのではないか。
- ・ 根底にある指針が理解しづらい。判断しやすいスケールを作るべき。ケアパッケージを見据えた判断基準をより細く定め、記入要領に明示。ただし、どこまで追求すべきかという課題もある。
- ・ 精神障害領域では利用したくとも利用しにくかった公的サービスを活用し、新規の社会資源を開発、工夫するため、支援部門とケア内容の一覧化が必要と考える。
- ・ 担当者に関しては、市町村職員が相談事例の訪問をする場合、県保健福祉事務所職員に同行依頼をしたり、県の業

務担当者が市町村職員に同行を依頼するといったことが少なからずあり、そうした事例が何件あったのかのチェックができるとよとの指摘が複数認められた。

4. 記入要領案の改正にかかる検討事項

上記の回答結果を、内容別に整理し、記入要領案の修正改訂の要否にかかる検討を行った。その結果の要点は以下に示す。

1) 性別・年齢

今回は、実年齢を記入してもらうこととしたが、実際に試行を行った現場担当者からは、個々の事例の実年齢を確認するのは、手間もかかり、実際的ではないこと、従来からの年齢階級で十分ではないかとの意見が複数寄せられた。ライフサイクルを念頭に支援計画を立てる場合や、新たな地域ニーズの整理を行う際にも、この性差、年齢は基本的な事項で、相談記録を作成する際に併せて、コンピューターで台帳作成し、情報をデータベース化して、それを支援計画策定時に活用できる環境整備を進めることが望ましいが、そうした環境整備は今後の課題といえる。以上、相談対象者の年齢については、実年齢での記入を原則とするが、従来方式での年代別の分類記載の併用でも可とする方向で修正が必要と思われる。

2) 地域保健事業報告

地域保健事業報告は、国への報告事項であるが、市町村における精神保健業務従事者はほとんどが保健師である。実際、今回の試行によって、地域の市町村では保健師が業務担当者として相談・訪問支援にあっていることを確認したが、保健師が業務の一貫として整理・報告をすることが求められている業務統計項目は少なくはない。しかも、同一事項でありながら、各報告毎の判定基準が異なっている場合、集計の労力が多くなるだけでなく、出てきたデータの解釈が困難になってしまう。具体例をあげれば、国報告基準では、明らかに精神疾患がある場合で医師の診断を受けていない者を「心の健康づくり」に分類することとされているが、「心の健康づくり」については、精神疾患ではない心の危機への対

応や、疾患を持たないものの積極的な健康づくりといった概念把握が提言されていることもあり、現場での判断に一貫性が保証されていない。また、国報告基準に基づく分類では、非該当が50%を超えてしまっている点については、機会を改めて、その内容を精査し見直しを行う必要がある。

超高齢化社会の到来に対し、地域住民の視点に立った適切な支援を行うためには、保健、医療、福祉的な視点を統合したトータルケアの視点を持つ必要性が指摘されているが、そうしたサービス提供に向けた課題の評価、支援方法を工夫する際に、業務統計の有効活用が必要となる。地域保健・老人保健事業報告などの既存資料の積極的な活用と併せ、この課題について引き続き検討することが必要と思われる。

3) 診断名

アンケート回答では、未診断の場合や診断を受けていても確認できていない場合の分類項目が必要との指摘があった。この点については、未診断なり未確認の項目を追加修正が必要と思われた。

ところで、市町村業務担当職員からは、病名や状態像の把握がなくても福祉サービスの提供に支障はないのではないかとの意見も複数見られた。しかし、その一方で、精神疾患にかかるICD分類のみでは、精神発達遅滞の取り扱いや身体障害者なり合併症を持っている福祉サービスの相談対象者のニーズが見えなくなってしまうとの問題点の指摘もあった。

この点に関しては、精神障害者の場合は、疾病特性と障害とが密接に関連しあっていること、知的障害者や身体障害者の高齢化も進行しつつあるが、こうした障害者も含め高齢者そのものへの福祉的支援に際しては、精神疾患や身体疾患の有無に留意する必要があることの認識を深めて行く必要がある。また、逆に、精神障害者支援に際しては、狭義の精神障害者にかかるニーズ把握だけではなく、精神発達遅滞や合併症の有無についても念頭において、地域住民ニーズを評価することが必要である。従って、今後、現場の業務担当者に、こうした医療関連情報の有用性と活用法を実感してもらうための支援上の工夫が必要と思われた。

4) 状態像

回答の中では、この分類がわかりにくいという意見が複数認められた。また、細かすぎるといった感想と項目を増やすべきであるという意見と相反する意見も見られた。

地域保健福祉の担当者が支援活動を展開する上で、この状態像の適切な把握は極めて重要な課題といえる。しかし、多忙を極める現場では、こうした新たな課題発見に向けて情報収集をする機会は極めて乏しいのが実情であろう。実際、今回の試行についても、意義は分かるが負担が大きいの意見が複数みられた。その点、現場の担当者にあまり負担感を感じさせずに、重点的な取り組みに向け、必要な地域ニーズ動向にかかる情報把握を効率的に行うためには、当面、どの課題に焦点を併せて業務統計をとるかについて検討するなどの工夫が必要となろう。

なお、追加して欲しいとの意見の強かった状態像としては、アルコール・薬物その他の依存症、育児困難の他、近隣苦情とか、医療中断での状態悪化、要生活支援状態等があったが、後者に関しては、受療状況なり、相談種別の中で整理するのが適切と思われた。

5) 援助方法

相談件数のとらえ方がわかり難く、頻回ケースや病院探し等業務の実態が反映されないとの意見が複数認められた。この件に関しては、本試案では業務量の変動ではなく、地域ニーズ動向把握を主たる目的としたが、業務量の把握も関心の高い事項であることを考慮し、再掲欄を追加設定し、頻回相談事例や電話面接数についても記入できるように修正工夫を加えるべく検討する必要がある。

6) 相談種別

相談種別のうち、治療上、生活上、社会復帰問題について、再掲で記入する際の、分類番号がわかりにくいとの指摘があったが、これに対しては、種別はそのまま残すが、再掲番号を通し番号化し、どの種別でも選択できるようにする方向で検討することとした。

7) 担当者

平成 14 年度から市町村での精神障害者に対する福祉サービスが開始され、県域保健福祉事務所は、市町村単独では相談対応が困難な事例への支援を受け持つことになった。そのため、市町村業務担当者が保健所職員に同行を依頼したり、保健所職員が市町村担当者に同行を依頼するといったことが頻回に生じるようになっており、そのような対応事例の件数がどの程度あるのかを知りたいとの要望が複数市町村担当者から出された。従って、日計表の改訂に際しては、本事項に関する項目を追加するなどの修正が必要になると思われた。

8) その他

自由意見として、保健師活動報告との記載事項の統一に関する意見が複数認められた。現在、保健師が行っている精神障害者にかかる活動報告には、①保健師職としての活動形態別報告（保健師活動報告）、②地域保健・老人保健事業報告の2つがある。

一方、保健師活動は多岐に渡り、地域保健報告の母子保健、難病、結核等の活動集計も計上しているため、保健師活動日計表は、事務時間の軽減をはかるため一表の中に各種報告を満たすように工夫されている。この日計表に、今回検討した精神保健に関する指標を得るための集計内容を組み込もうとすると、複数の集計表にせざるを得ない。しかし、その場合は、即、事務作業時間の増大につながるため、各機関での取り組みを難しくしている。今後、各機関で、各種集計に関する電算システム化を進めるときに、ケース情報を元にした集計方法を採用すればこの課題の解決への道が開かれる可能も出てこよう。今回の試行では、相談等のケース情報を元にした集計は、業務統計にも地域課題分析に活用できて有用であるとの意見が認められたが、特に相談内容が総合的かつ広汎になりうる市町村で活用しうる集計システムの開発が重要になると思われる。

その他、記入は全て記号で行えるようにとの要望、全体のレイアウトや手引きをわかりやすくして欲しいとの意見に対しては、次年度以降、具体的な工夫が必要と思われた。

また、同一事例について、性別・年齢・診断名・状態像等を毎回記入する必要はな

いのではとの指摘については、経過の中で、診断名や課題となる状態像などが変化しうることを考慮し、変更はしない方針とした。

D 考察

1. 地域精神保健医療福祉に関する指標

地域精神保健医療福祉活動に関する指標としては、組織面、人的配置状況、業務取り組み状況、社会資源等がある。これらの指標の一部に関しては、既に、現場の業務担当者が日常業務の一環としてデータの収集、整理を行っており、これらの既存資料の積極的な活用を図ることが必要とである。そこで、まず、地域精神保健福祉活動に関する各種業務統計の活用方法を整理してみると以下の如くである。

1) 活動対象者の把握

対象者数（精神障害者数）の推計は、全国、県単位では患者調査等があるが、地域毎の把握が難しく、以下の既存統計資料の活用が必要となる。

(1)精神障害者公費負担制度（32条申請）利用者：男女別・年齢階級別・病名別集計

(2)障害者手帳保持者数：男女別・年齢階級別・病名別・等級別集計

(3)措置入院および医療保護入院等にかかる入・退院届及び定期病状報告

2) 地域資源及び事業のアセスメント

既存の統計の中で、社会復帰施設数、人員の配置、事業実施状況等は、障害者に対する施策を直接アセスメントするものとして活用しうる。しかし、単純に増減をみるだけでなく、対象者の推移と比較することが重要となり、その施設、事業の評価も実施することになるものである。

(1)地域保健報告

精神保健にかかる報告部分は、実施数の推移、対象者数の推移等との分析で活動のアセスメントとして活用できるが、数のみの単純なもので、施策評価のためには情報不十分である。

(2)居宅支援事業実施報告

ホームヘルプ事業実績等を伸び率や、対象者数の伸び率との比較等により事業のアセスメントが可能。また、後述する相談等の活動実績と合わせて活用することが効果的である。

(3)施設(社会復帰施設等)調査

(4)患者調査・病院調査

(5)630調査(厚生労働省障害保健福祉部精神保健課調査)

これらの既存資料の有効活用化を図った上で、今日的な市町村を基盤とした地域精神保健福祉活動にかかる今日的な地域ニーズの把握が必要となる。

具体的には、域精神障害者居宅生活支援事業の項目や、通院医療費公費負担制度、や精神障害者保健福祉手帳の申請にかかるニーズに加え、市町村が相談窓口業務にかかわることで様々なニーズが新たに顕在化してくることが想定される。

本県では、県域保健福祉事務所が、管内の市町村業務担当者からの地域精神保健福祉資源と活動実績にかかる情報をとりまとめて県精神保健福祉センターに報告し、当所の技術援助係が、その情報を二次障害保健福祉圏域単位の一覧表(表16、17、18)として整理し、市町村業務担当者が一堂に会して意見交換をする広域連絡会議の折に情報提供している。今後、この一覧表中に含まれる各種業務毎に、神奈川県内の各種自治体が共有すべき内容について順次、検討し整理を試みる必要がある。

さて、今回は、これらの諸項目のうち個別相談業務にかかる指標に焦点を絞って、共有しうる指標について検討を行った。何故ならば、新たな地域住民ニーズに対する相談・訪問活動は、地域精神保健福祉活動の基礎となる業務であり、様々な業務統計の中であって、当該業務に関するデータは地域ニーズの動向と当面の重点的取り組みの方向性をさぐる上で有用と考えられるからである。なお、今回、検討しえなかった指標のうち、個別相談以外の事業についても、改めて検討する必要がある。

2. 今後の課題

本研究では、県内に政令指定都市、中核市、保健所政令市、市町村といった様々な形態の自治体からなる神奈川県をモデル地区として、各自治体における地域精神保健福祉活動の基本的な指標としてどのような項目について共有を図ることが望ましいかを検討し、地域精神保健福祉相談に関する共有の業務統計日計表の試案を開発・提示

することを目的としている。

この目標達成に向け、昨年度は、神奈川県、横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市の保健所及び県内の3精神保健福祉センター等における業務内容、業務統計の有無、実際の統計票、記入マニュアル等について調査や既存の地域精神保健福祉活動に関する指標について調査整理を行った。

本年度は、こうした基礎作業を踏まえて、地域精神保健福祉の基本的業務統計項目の選定、共通業務統計表と記入要領を作成し、県内各自治体で試行をしてもらい、実施しての意見・感想についてアンケート調査をおこなった。県内の各種自治体の業務担当者が一同に会して、この共通目標達成に向けた協働作業に取り組むことで、日常業務の評価と計画的推進の必要性について認識の共有化を推し進めることができた。その結果、県内各自治体のうち、共同研究者を責任者として、試行計画について事前に説明会等を開催しながら主体的に本試行計画を推進できた県、横浜市、川崎市、横須賀市、相模原市では、現場の業務担当者の協力を得ることができた。

一方、県域33市町村への試行依頼については、2月末現在で、28市町村(84.8%)の協力が得られた。業務多忙な現場担当者にとってこの試行に参加することは実際に大変な作業であったと思われるが、多くの県内市町村の理解協力を得ることができたことは当初の予想を大幅に上回った。このことは、こうした試行に対する現場担当者の関心の高さを示す結果と考えられるが、本報告では、時間的な制約のため、回収データの十分な分析検討を行うことはなしえなかった。

本研究の最終年度となる平成16年度には、アンケート調査の結果を踏まえた共通業務統計表と記入要領の手直しを行うとともに、本試行の回収データの整理と分析を試みる。また、先進的な精神保健福祉センターや保健所への聞き取り調査を行い、市町村を基盤にした地域住民の視点にたった新たな地域精神保健福祉活動の指標、およびモニタリング体制の整備に向けての提言を試みる。

E. 結論

神奈川県内の各自治体における精神保健

福祉施策の立案、実施、評価に活用しうる基本的な相談業務統計指標と基準について検討し、共通活用に向けた相談業務日計表試案と記入要領試案とを作成し、県内各自治体の参加を得て、1カ月間の試行とアンケート調査を実施した。

その結果、横浜市 18 福祉保健センター、川崎市 7 保健福祉センター、横須賀市保健所、相模原市保健所、県域 11 保健福祉事務所については全所から、県域保健福祉事務所管内 33 市町村については 28 市町村 (84.8%) から回答があり、延べ相談件数は、横浜市 5384 件、川崎市 1246 件、横須賀市 320 件、相模原市 448 件、県保健福祉事務所 1826 件、県域 28 市町村 1381 件で総数 10605 件であった。

本年度は、これらの回収データの包括的な集計整理を試みるとともに、アンケート調査の回答を質問項目別、内容別に整理し、記入要領案改訂に向けた課題整理を行った。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権利の出願・登録状況

なし

図1 相談対象者の性差

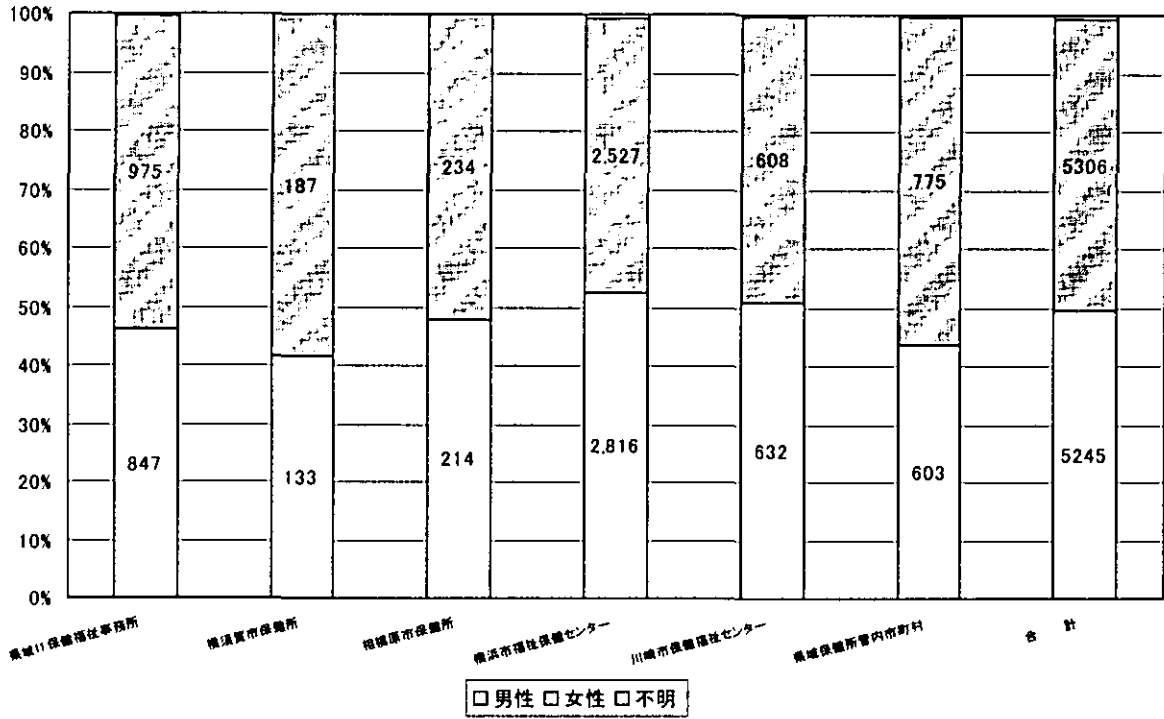


図2 相談対象者の年齢分布

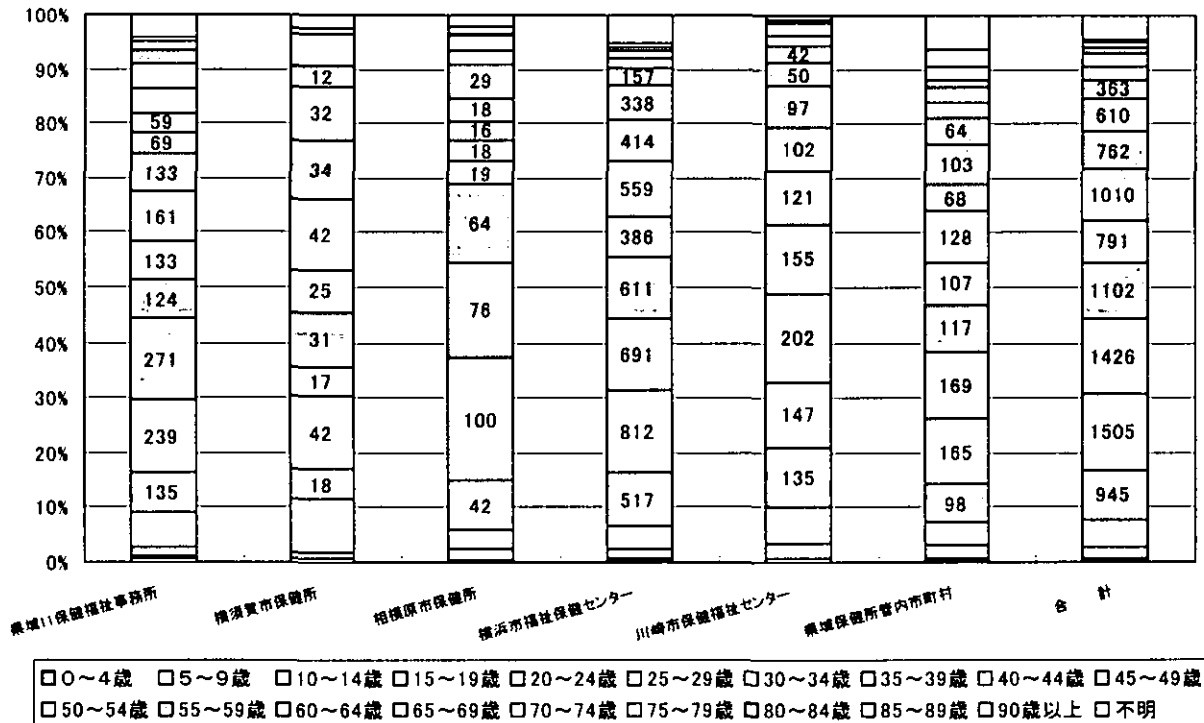


図3 地域保健事業報告

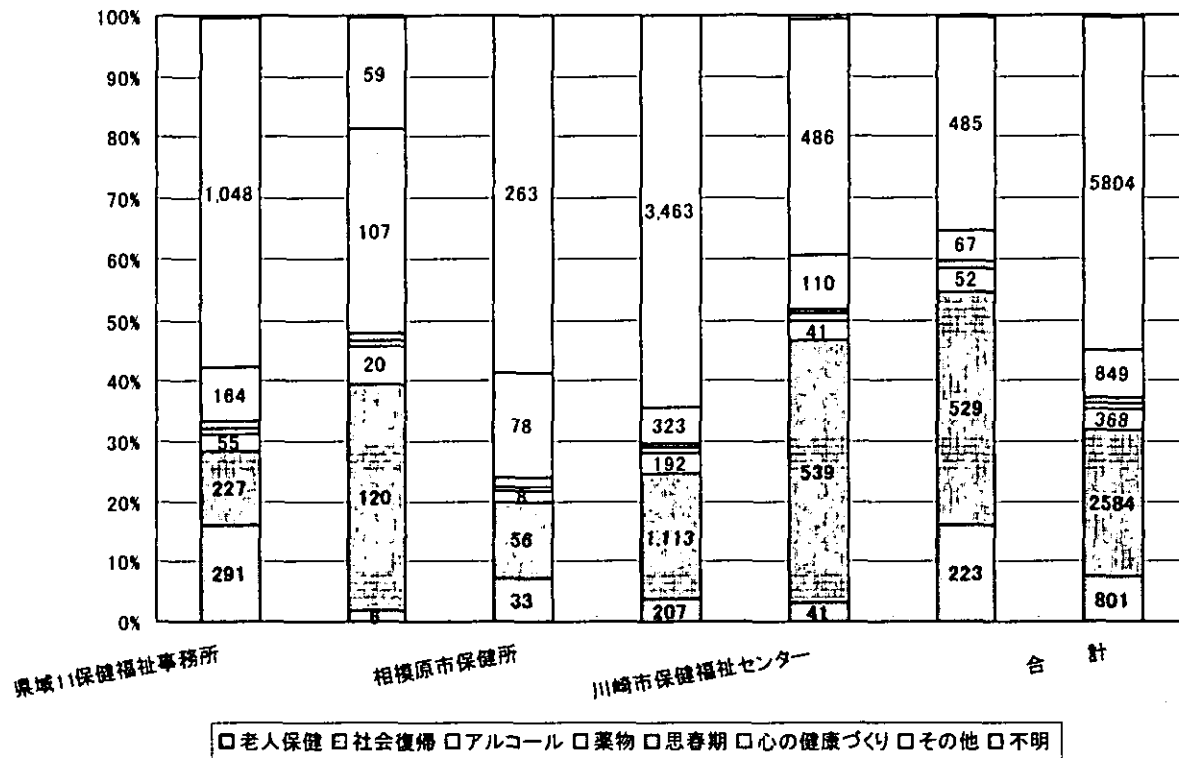


図4 把握区分

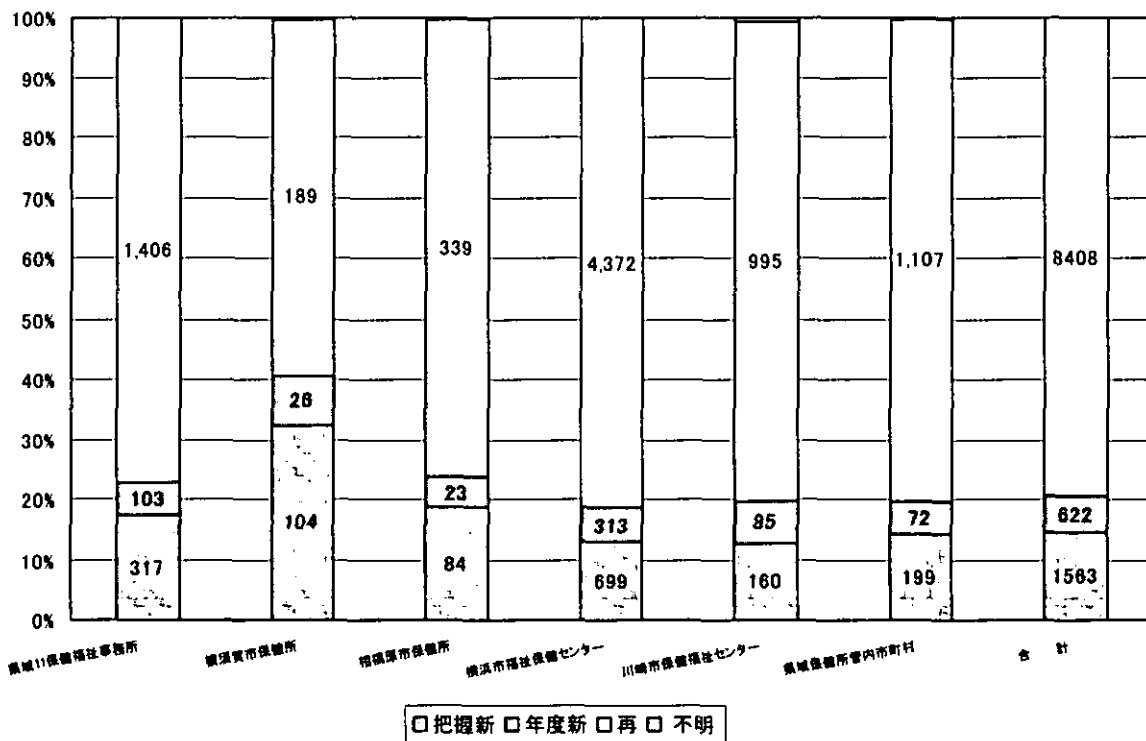


図5 診断名

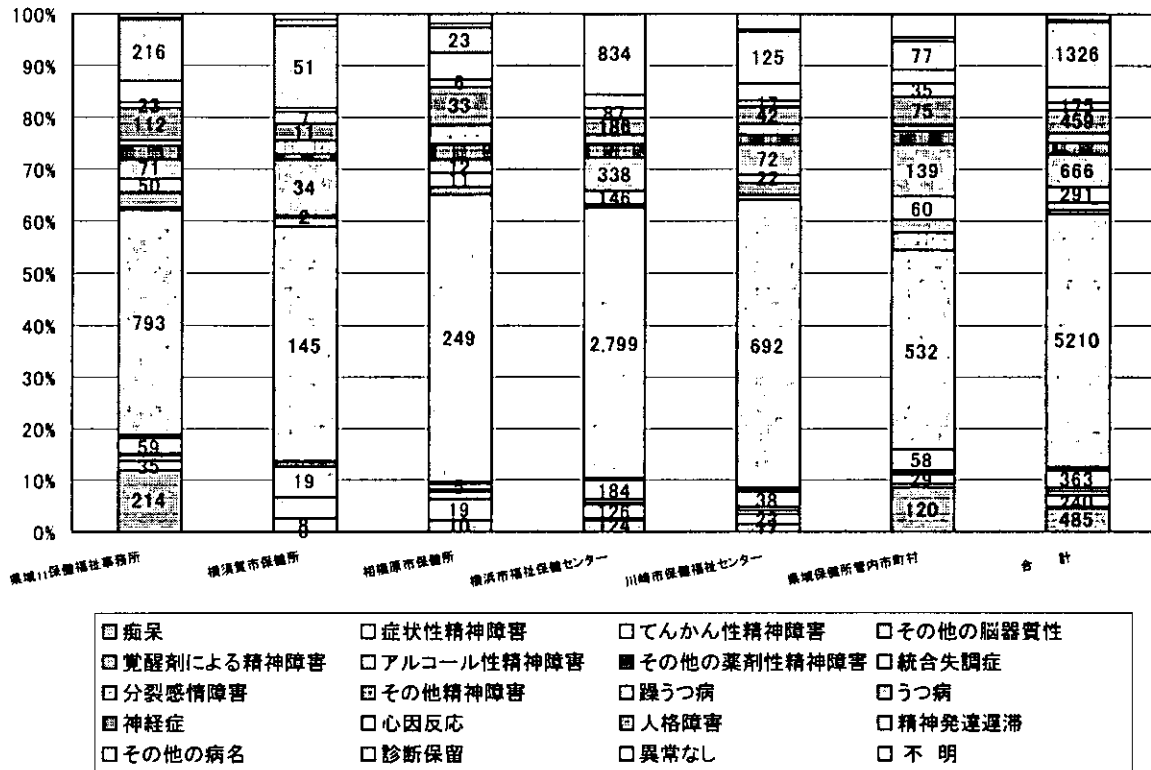


図6 状態像

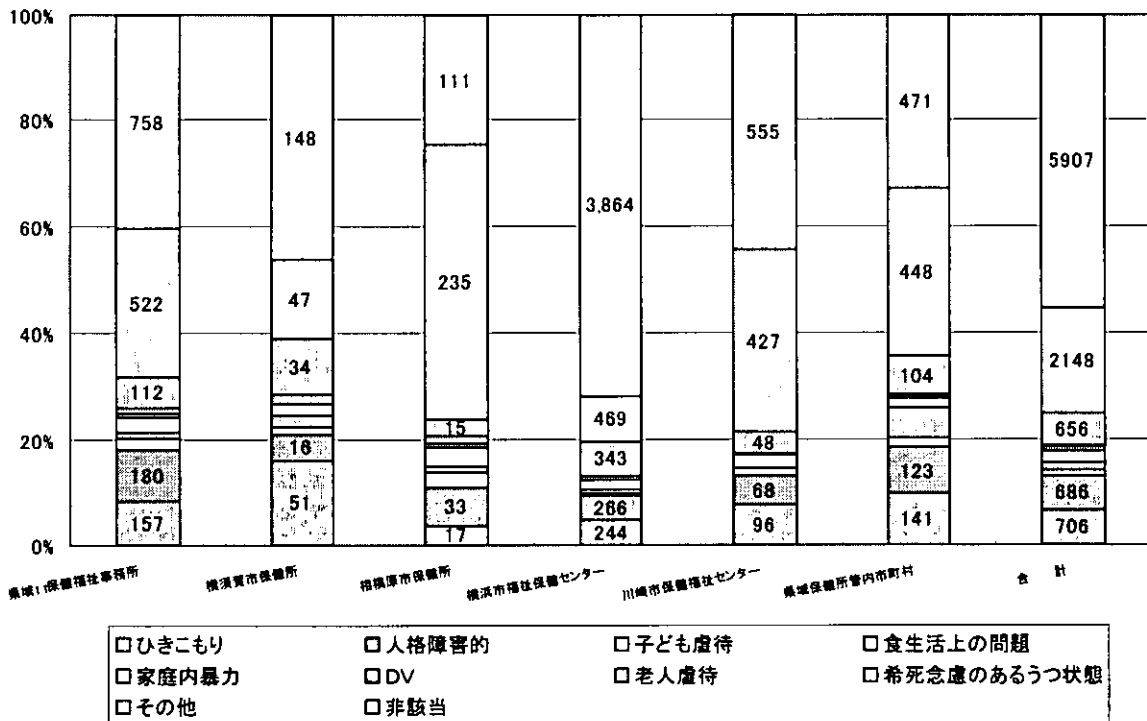


図7 被面接者

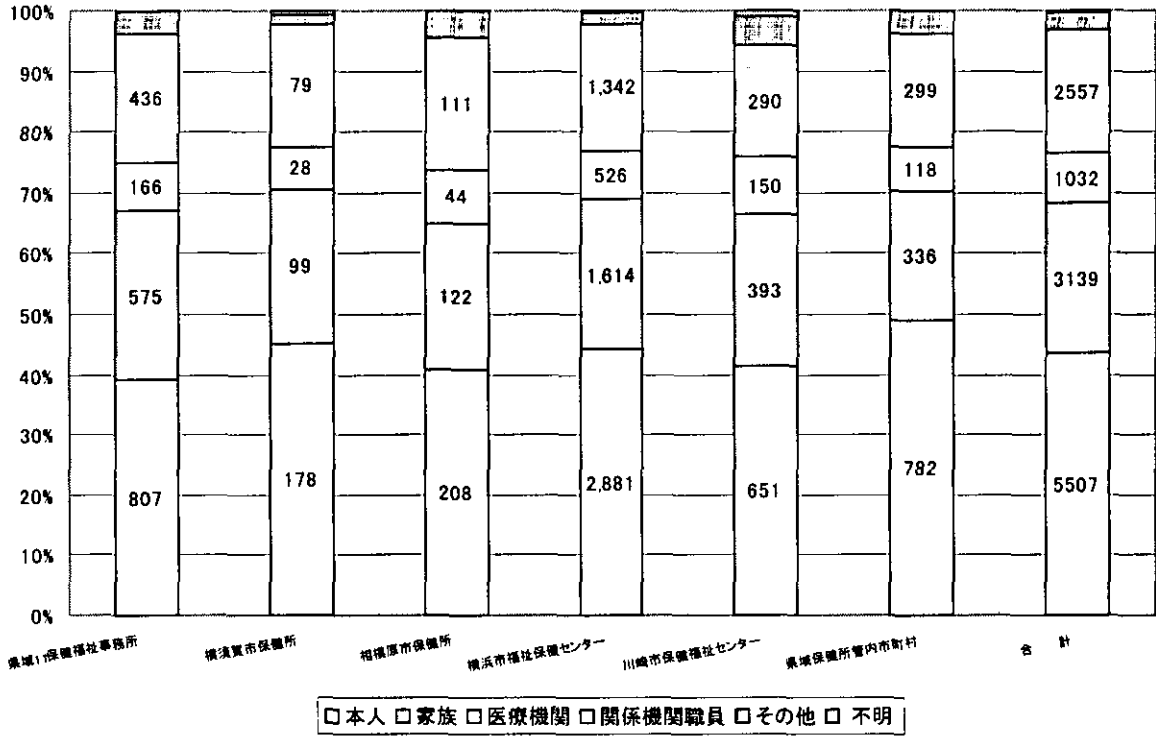


図8 援助方法

