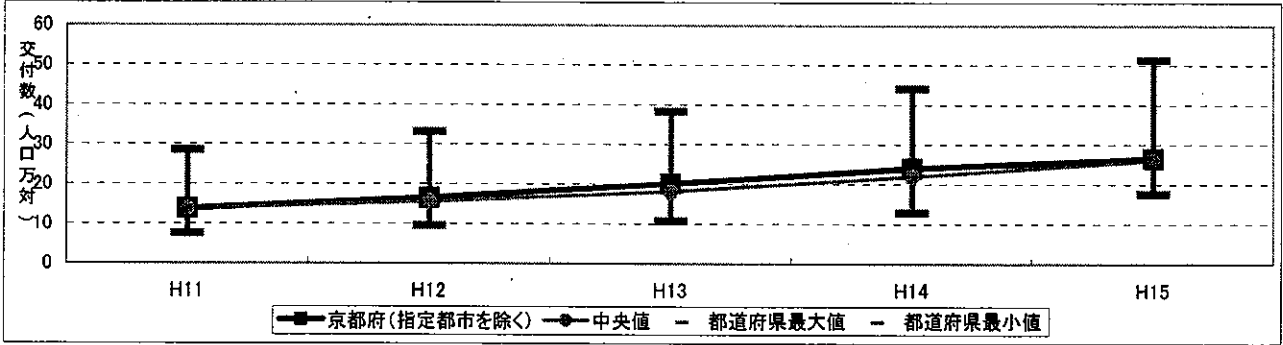
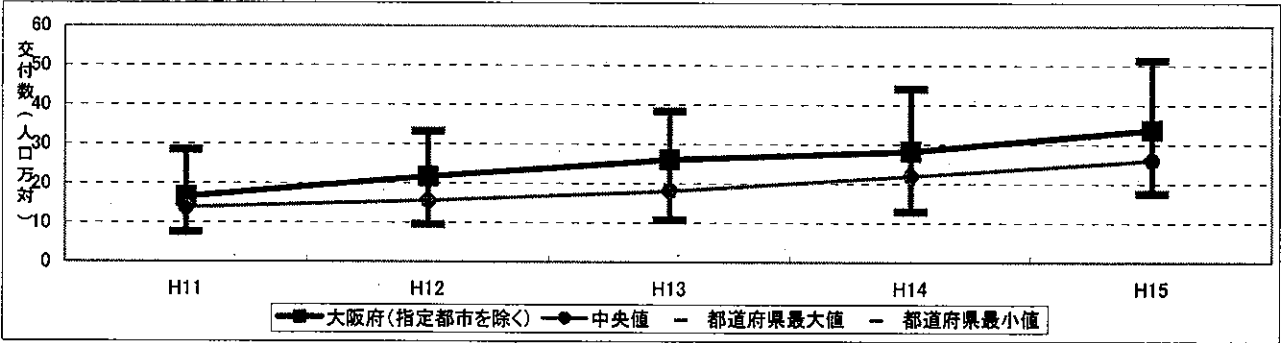


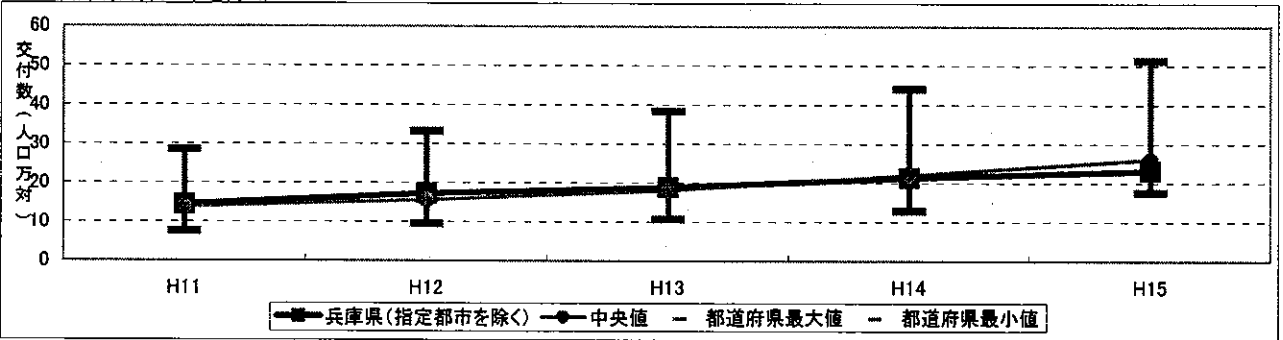
65. 京都府(京都市を除く)



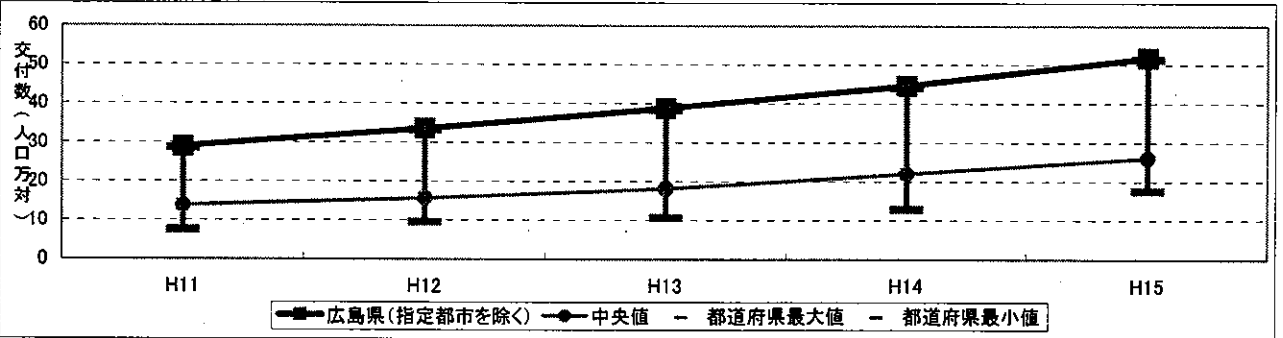
66. 大阪府(大阪市を除く)



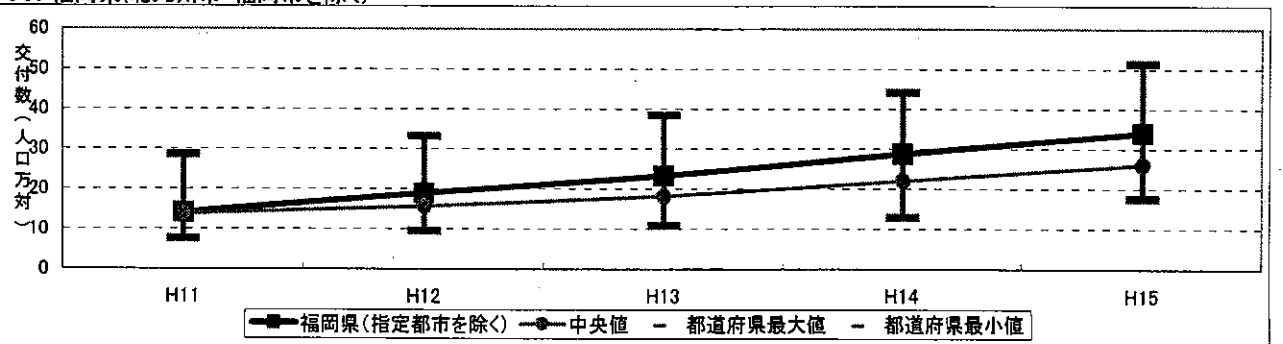
67. 兵庫県(神戸市を除く)



68. 広島県(広島市を除く)



69. 福岡県(北九州市・福岡市を除く)



平成 16 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  
総括・分担研究報告書

主任研究者 岩崎 榮

発行日 平成 17 年 3 月

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)  
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)  
分担研究

## 地域精神保健福祉に関する指標の開発の研究

平成16年度  
分担研究報告書

平成17 (2005) 年 3 月

分担研究者 桑原 寛

神奈川県精神保健福祉センター

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）  
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）

分担研究

地域精神保健福祉に関する指標の開発の研究

平成16年度

分担研究報告書

分担研究者 桑原 寛 神奈川県精神保健福祉センター

研究協力者（五十音順）

大橋 剛 横浜市こころの健康相談センター  
大竹三千代 相模原市保健所  
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  
矢島 義明 相模原市保健所  
渡辺 明 横須賀市保健所

平成 16 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）  
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：平成 15 年 12 月の試行データなどにもとづき、県内自治体の精神保健福祉相談の現状と各行政相談窓口での対応状況などを検討した。また、本県と類似の自治体構成を有する埼玉県、大阪府、福岡県の関係者等に本研究にかかる意見聴取を行った。その結果、県内の自治体で共有しうる精神保健福祉相談日計表(以下、共有相談日計表)と記入要領は地域精神保健福祉体制の整備に有用である、集計項目が多いので電算化の導入などの検討が必要であるなどの意見をえた。最後に 3 年間の検討結果をふまえて、県内自治体共有の相談窓口業務統計指標を定め、共有相談日計表と記入要領を改訂した。

今後の国の地域精神保健福祉施策の方向性を示した、平成 16 年 9 月の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」と同 10 月の「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」には、市町村を基礎に置き、障害保健福祉圏域、都道府県との 3 層構造からなる相談支援体制を中心に、住・生活・活動を総合化する新たな地域生活支援体系の整備を図ること、その目標達成に向け地域実態を把握した地域計画を策定すること、市町村などでの関連事務の簡素化・効率化のため電算化を進めることなどが示されており、平成 17 年 2 月の通常国会には両改革案をふまえた三障害共通の障害者自立支援法案が提出された。こうした動向のなか、今後、立体的・重層的な地域精神保健医療福祉体制の計画的整備には、電算化を指向した各種自治体共有の包括的地域精神保健医療福祉業務評価システムの開発と、その運用に向けた基盤整備が必要である。

研究協力者	(50 音順)
大橋 剛	横浜市こころの健康相談センター
大竹三千代	相模原市保健所
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
矢島 義明	相模原市保健所
渡辺 明	横須賀市保健所

#### A 研究目的

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の一部が市町村に移管された。その結果、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へと突入した。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、県内の各種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、神奈川県をモデル地域とし、住民ニーズをふまえた地域精神保健福祉施策の企画・立案に利用しうる県内自治体共有の相談窓口業務統計指標について検討を試みる。

#### B 研究方法

研究最終年度の本年度は、平成 15 年 12 月の試行データなどにもとづき、本県地域住民の今日的な精神保健福祉相談ニーズと

それに対する相談窓口での対応状況の評価を試みるとともに、既存の資料を活用して経年的な地域ニーズ動向につき検討した。また、幾つかの県外自治体等に、本研究にかかる意見聴取を行い、その結果をふまえて、県内自治体共有の相談窓口業務統計指標を定め、共有の精神保健福祉相談日計表(以下、共有相談日計表)と記入要領の改訂を行うとともに、市町村を中心に都道府県と国が重層的に支援する新たな体制での地域精神保健福祉活動にかかる指標とモニタリング体制の整備に向けた提言を試みた。

## 1. 県内各自治体での相談窓口業務の実施状況の検討

昨年度の神奈川県内の各自治体に参加協力を呼びかけた試行で、精神保健福祉相談業務にかかる実2185件、延べ10605件のデータと、地域の地域生活支援センター2カ所での相談業務にかかる延べ421件のデータが得られた。本年度は、これらのデータと既存の県域保健福祉事務所における相談業務データを用いて、現在の地域精神保健福祉相談ニーズと対応状況、および経年的な動向について検討を試みた。

### (1) 平成15年度試行データの分析

#### 1) 実件数群2185件と延べ件数群10605件の比較検討

延べ件数データは、地域住民の包括的な相談窓口の利用状況を示すのに対し、実件数データは、地域住民ニーズを示すと考えられる。そこで、今回は、まず、実件数群2185件と延べ件数群10605件について、各評価項目別に集計を行い、その結果を相互に比較検討し、両群の集計結果の具体的な差異を検討した。

#### 2) 実件数2185件に基づく地域住民ニーズの検討：自治体の形態別にみた相談窓口業務の特徴

県域11保健福祉事務所(以下、県域保健所)横須賀市保健所(以下、横須賀市)、相模原市保健所(以下、相模原市)、横浜市福祉保健センター(以下、横浜市)、川崎市保健福祉センター(以下、川崎市)、県域保健所管内33市町村のうち試行に参加した28市町村(以下、県域市町村)の6区分で整理し、各自治体での地域住民の相談ニーズと対応

状況を相互に比較検討した。

### (2) 地域生活支援センター、市町村、県保健福祉事務所での相談状況

平成15年12月の地域の地域生活支援センター2カ所での延べ相談件数421件を「地域生活支援センター群」とし、この2つの地域生活支援センターの所在地域を管轄している県保健福祉事務所2カ所での延べ相談件数246件を「保健所群」、同じくセンター所在地域を管轄している市町村の相談窓口での延べ相談件数349件を「市町村群」として、各群別の相談業務統計項目の集計整理を行い、各群の特性につき相互に比較検討した。

### (3) 既存の県域保健福祉事務所のデータを使用した継時的推移の検討

地域ニーズ動向の検討の一環として、市町村への精神障害者福祉サービス業務の一部移管の方向性が定まった平成12年度から平成14年度までの各年度における12月の県保健福祉事務所の相談業務統計データと、平成15、16年度12月の本研究での試行データを用い、県保健福祉事務所における相談業務実施状況の継年変化を検討した。

## 2. 神奈川県、横浜市、川崎市における平成17年度以降の業務統計体制の検討

神奈川県、横浜市、川崎市では、本研究の成果と踏まえつつ、平成17年度以降の相談業務統計様式と業務統計体制について、各々独自に見直し作業を行い、本研究班の中で相互に情報交換・意見交換を行った。

### 3. 県外自治体等からの意見聴取

神奈川県と類似の自治体構成を持つ、埼玉県、大阪府、福岡県、および、全国保健所長会精神保健福祉研究班員が所属する保健所、学識経験者など(以下、県外の自治体等)を対象に、本研究の平成14年度、15年度報告書、および平成16年度研究の中間とりまとめ結果などを提示し、本研究にかかる質問紙調査、聞き取り調査を行った。

具体的な調査対象施設は、下記のとおりである。

埼玉県：埼玉県健康福祉部障害者福祉課、埼玉県立精神保健福祉センター、さいたま

市こころの健康センター、埼玉県立大学保健医療福祉学部。

大阪府：大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課、大阪府こころの健康総合センター、大阪市こころの健康センター。

福岡県：福岡県保健福祉部障害者福祉課、福岡県精神保健福祉センター、福岡市精神保健福祉センター、北九州市立精神保健福祉センター。

全国保健所長会精神保健福祉研究班関連保健所など：福島県相双保健所、東京都多摩小平保健所、石川県加賀地域センター、兵庫県尼崎保健所、徳島県徳島保健所、北里大学医学部衛生学公衆衛生学教室。

また、質問内容は別添資料1の如くで、(1)本研究でモデルとして開発した共有相談日計表と記入要領について、①「記入要領」についてわかりにくいところ、より明確にしたほうがよいところ、②日計表で使いにくい点、③共通項目として有用な項目、④必要ないもの、⑤住民ニーズを把握するため追加・改善すべき項目、(2)各自治体での相談業務統計の実施状況、①相談業務統計の見直し・変更ないし予定の有無、②施策立案に使用する業務統計資料、③県内の他自治体との情報交換の実情、(3)地域ニーズを把握するための相談窓口業務統計指標以外の指標、(4)本研究に対する意見である。

質問紙調査への回答結果を整理した上で、埼玉県立精神保健福祉センター、埼玉県立大学保健医療福祉学部、大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課・大阪府こころの健康総合センター等と意見交換を行った。

#### 4. 共有相談日計表と記入要領の改訂

3年間の検討結果をふまえ、最終的な共有の相談窓口業務統計指標を定め、共有相談日計表と記入要領の改訂を行った。

(倫理的事項への配慮)本年度の研究では、昨年度の調査データおよび既存の資料を二次的に使用した。これらのデータには個人を特定しうる情報は含まれていない。

### C. 結果

#### 1. 県内各自治体での相談窓口業務の実施状況の検討

##### (1) 平成15年度試行データの分析

#### 1) 実件数群2185件と延べ件数群10605件の比較検討

実件数と延べ件数での集計結果を、表および図として整理すると、表1-1～1-11、および図1-1～1-11のごとくである。

性差については(表1-1、図1-1)、実件数群では男性48.5%、女性51.0%で、延べ件数群の男性49.5%、女性50.1%と差異はない。

年齢分布については(表1-2、図1-2)、実件数群では、25～44歳が836件38.3%と最も多く、次いで45～65歳が498件22.8%であった。他方、延べ件数群では、前者が47.0%、後者が29.9%で、両群で比率の増加が著しく、特に25～44歳での再利用が多かった。

地域保健事業報告については(表1-3、図1-3)、実件数群では、どの群にも属しない「その他」の1123件51.4%を除くと「社会復帰群」が325件14.9%で最も多かった。しかし、延べ件数群では、「社会復帰群」が2584件24.4%と増加が著しく、この群での再利用が多いことがわかる。なお、「その他」も5803件54.8%に増えていた。

診断名では(表1-4、図1-4)、実件数群では診断保留が643件29.4%と最多で、次いで統合失調症圏が608件27.8%であった。他方、延べ件数群では、統合失調症圏が51.5%に増加し、逆に、診断保留の比率は12.5%に低下しており、統合失調症圏の事例の再利用が多いことがわかる。

状態像では(表1-5、図1-5)、実件数群では、ひきこもりが214件、希死念慮を伴ううつ状態が210件と多く、次いで、人格障害的問題90件、家庭内暴力83件の順であった。他方、延べ件数群でも、ひきこもりが最多であったが、次いで、人格障害的問題、うつ状態の順で、人格障害的問題群の再利用が多いことが分かる。

相談者では(表1-6、図1-6)、実件数群では家族が1039件47.6%と最多で、次いで、本人が846件38.7%であった。他方、延べ件数群では、本人の利用が5501件51.9%と最多で、次いで家族が3135件29.6%で、本人の再利用が多かった。

援助方法では(表1-7、図1-7)、実件数群では、電話での対応が1106件50.6%と最も多く、次いで、面接853件39.6%、訪問199件9.1%の順であった。他方、延べ件数群で

は、電話相談が 55.7%、面接 29.9%、訪問 12.7%であった。以上より、再利用については、電話と訪問が多く、面接は少ないことがわかる。

訪問先については(表 1-8、図 1-8)、実件数群では、家庭が 121 件 60.8%と最多で、以下、医療機関 29 件 14.6%、社会復帰施設 15 件 7.5%の順であった。他方、延べ件数群では、それぞれ、58.9%、15.0%、14.2%で、再訪問は社会復帰施設が多かった。

相談種別では(表 1-9、図 1-9)、実件数群では、治療上の問題が 806 件 36.9%と最も多く、次いで、生活上の問題 717 件 32.8%、社会復帰上の問題 433 件 19.8%の順であった。他方、延べ件数群では、生活上の問題が 36.8%と最多で、以下、社会復帰の問題 25.8%、医療上の問題 22.4%の順で、再利用は、生活上の問題が多かった。

再掲での相談種別をみると(表 1-10、図 1-10)、実件数群では、医療利用上の問題が 668 件と最多で、以下、生活上の問題、診療に関する問題、家族の対応、社会復帰施設に関する問題の順であった。他方、延べ件数群では、日常生活上の問題が最多で、次いで、医療利用上の問題、社会復帰施設の問題、家族の対応の順であった。また、手帳と通院医療費の相談、ホームヘルプ問題は多いが、グループホームやショートステイの相談は少なかった。

担当者については(表 1-11、図 1-11)、実件数群、延べ件数群とも福祉職の対応が 71.5%、75.1%と多く、両群間で大きな差異は認められなかった。

以上、再利用が多い要因をまとめてみると、年齢では 25~44 歳、地域保健事業報告では、社会復帰群とその他、診断分類では統合失調症圏、状態像では人格障害的問題群、相談者では本人、相談種別では生活上の問題などであった。

## 2) 実件数 2185 件に基づく地域住民ニーズの検討

### ア) 自治体の形態別にみた相談窓口業務の特徴

県保健所群、横須賀市群、相模原市群、横浜市群、川崎市群、市町村群の 6 区分別にクロス集計を行い、その結果を図表として整理すると、結果は、表 2-1~11、および図 2-1~2-11 のごとくである。

性差では(表 2-1、図 2-1)、県保健所、相模原市で、男性が 52.9%、55.1%、横須賀市、川崎市、33 市町村で、女性が 61.5%、55.5%、55%と多かった。他方、横浜市では男女差はなかった。

年齢分布は(表 2-2、図 2-2)、各群とも、25~44 歳が最も多かった。次いで多かったのが、横須賀市群、横浜市群、川崎市群、市町村群では、45~64 歳であったが、県保健所と相模原市では、65 歳以上が二番目に多かった。また、24 歳以下と 65 歳以上の比率配分については、横須賀市、川崎市では、24 歳以下が多く、他方、横浜市、市町村では 65 歳以上が多かった。

地域保健事業分類別では(表 2-3、図 2-3)、横須賀市では社会復帰が 43.8%と最多で、以下、心の健康づくり 33.8%、その他 10.8%の順であった。また、横須賀市以外は、各群とも「その他」の比率が高かった。また、老人保健事業は、県保健所、33 市町村、相模原市で多く、社会復帰は、横須賀市、川崎市で、アルコールは、横浜市、県保健所で多かった。また、薬物・思春期は、相模原市、横須賀市で、心の健康づくりは横須賀市で多かった。

診断名については(表 2-4、図 2-4)、各群とも、統合失調症圏と診断保留にピークをもつ二峰性の分布となっていた。また、県保健所、33 市町村、相模原市では、器質性精神障害の比率が高く、県保健所と横浜市で、薬剤性精神障害の比率が多かった。また、診断保留は、横浜市 38.5%、横須賀市 30.8%と比率が多かった。

状態像については(表 2-5、図 2-5)、各群とも、ひきこもり、うつ状態、人格障害的問題、家庭内暴力、の件数が高かった。このうち、ひきこもりの相談件数は、横浜市 71 件、県保健所 48 件、市町村 35 件と多く、うつ状態と家庭内暴力は、横浜市、県保健所で、人格障害的問題は県保健所で多かった。

相談者では(表 2-6、図 2-6)、各群とも、本人および家族からの相談で 60~80%を占めていた。横須賀市と市町村では、本人からの相談件数が、58.5%、47.2%と多かったが、それ以外の自治体では、家族からの相談が多かった。また、相模原市で、関係機関からの相談が 30.8%と多かった。

援助方法では(表 2-7、図 2-7)、総じて、



電話が最も多いが、川崎市と 33 市町村では、面接がそれぞれ、41.2%、45.8%と最も多かった。また、訪問の比率は、横須賀市 14.6%、県保健所 14.0%、市町村 12.2%、川崎市 11.8%で高かった。

訪問先については(表 2-8、図 2-8)、各群とも、家庭が最も多かった。また、比率的には、市町村は 78.%、横須賀市 73.7%、県保健所 66.1%と高かった。また、横浜市は医療機関への訪問が 36.5%と高かった。

相談種別については(表 2-9、図 2-9)、治療上の問題は、相模原市が 59.8%と最多で、次いで県保健所が 44.8%と多かった。他方、生活上の問題は、市町村が 39.5%で、以下、県保健所 35.5%、横須賀市 35.4%の順であった。また、社会復帰問題は、横浜市、横須賀市が、各々 25.6%、25.4%と高かった。再掲の集計では(表 2-10、図 2-10)、横須賀市と川崎市で、生活上の問題が最多であったが、他の群では、医療利用上の問題が最多で 65~90%を占めていた。また、川崎市では、家族の対応、横須賀市ではホームヘルプの相談の比率が高く、横浜市で、手帳と通院医療費公費負担の相談が多かった。また、社会復帰の問題では、総じて、社会復帰施設利用上の問題と手帳、通院医療費の問題についての相談が多かった。

担当者については(表 2-11、図 2-11)、各群とも福祉職と保健師で 80~90%を占めていたが、比率配分では、福祉職は、横浜市 98.4%、川崎市 78.4%、県保健所 66.7%で多く、保健師は、33 市町村 74.2%、横須賀市 73.1%、相模原市 52.3%で高かった。また、事務職については、市町村と横須賀市で、それぞれ、14.8%、10.8%と、その比率が高かった。

以上より、各群別にその特徴をまとめてみると、県保健所では、家族からの相談が多く、相談対象事例については、男性、25~44 歳が最多であったが、他の群に比べ、65 歳以上も多かった。また、診断名では、他の群に比べ、器質性精神障害の比率が高かった。状態像では、ひきこもりの比率が高く、相談種別では治療上の問題が多かった。援助方法では、電話相談が最多であるが、訪問援助も相対的に多く、訪問先では家庭が多かった。

横須賀市では、本人からの相談が多かった。相談対象事例については、女性、24 歳

以下の比率が、また、診断名では診断保留の比率が高かった。状態像ではひきこもりが多く、相談種別では生活上の問題が多かった。援助方法では訪問が多く、担当者では保健師の比率が高かった。

相模原市では、家族からの相談が最多であったが、関係機関からの相談が多かった。相談事例については、男性、25~44 歳が最多で、次いで 65 歳以上が多かった。また、診断名では、器質性精神障害の比率が高かった。相談種別では治療上の問題が多く、保健師による対応が多かった。

横浜市では、相談対象事例については、男女差はなく、65 歳以上が多かった。診断名では、薬剤性精神障害、診断保留が多く、状態像ではひきこもりの問題が多かった。相談種別では社会復帰の問題が多く、地域保健事業報告ではその他の比率が高かった。担当者は福祉職が多かった。

川崎市では、相談対象事例については、女性、24 歳以下が多く、状態像では、ひきこもりが多かった。援助方法では、面接と訪問の比率が高く、訪問先では家庭が多かった。相談種別では生活上の問題が最多で、担当者は福祉職が 78.4%を占めていた。

市町村では、相談対象事例については、他群と比較して、女性、65 歳以上、器質性精神障害の比率が高かった。状態像では、ひきこもり、うつ状態が多く、相談種別では、生活上の問題が多く、担当者については、保健師と事務職の対応が相対的に多かった。

## (2) 地域生活支援センター、市町村、県保健福祉事務所での相談状況

下位項目別のクロス集計結果については、表 3-1~3-12 および図 3-1~3-12 の如くである。

性差については(表 3-1、図 3-1)、市町村群では女性が 63.6%と多かったが、県保健所群、生活支援センター群では、男性の方が 52.0%、57.5%と多かった。

年齢分布については(表 3-2、図 3-2)、市町村群と、県保健所群では、65 歳以上が 44.1%、35%と最多であった。他方、生活支援センター群では、25~44 歳が 55.3%と最も多かった。

地域保健事業報告については(表 3-3、図 3-3)、市町村群と、県保健所群では、老人保

健が 41.3%、30.5%と多く、生活支援センター群では、社会復帰群が 34.9%であった。

把握区分では(表 3-4、図 3-4)、市町村群で把握新が 13.5%と 3 群中最も多く、再利用者は、生活支援センター群で 92.9%と多かった。

診断名については(表 3-5、図 3-5)、市町村群では、統合失調症圏が 37%と最多で、次いで、器質性精神障害が 18.6%であった。県保健所群では、統合失調症圏が 48.4%、次いで、器質性精神障害が 28.5%であった。他方、生活支援センター群では統合失調症圏が 73.2%の多数を占めていた。

状態像については(表 3-6、図 3-6)、市町村群では、人格障害的問題が 64 件と最多で、以下、ひきこもり 58 件、希死念慮を伴ううつ状態 31 件、食生活上の問題 30 件の順であった。他方、県保健所群は、ひきこもり、うつ状態が 11 件で、生活支援センター群では、老人虐待 1 件のみであった。

相談者では(表 3-7、図 3-7)、生活支援センター群では、本人が 92.9%を占めていた。一方、市町村群では、本人が 47%と最多で、以下、関係機関職員、家族の順であった。また、県保健所群では、家族が 37.8%と最多であった。

援助方法では(表 3-8、図 3-8)、市町村群では、電話が 44.4%、面接 30.7%、訪問 22.3%であったが、県保健所群では、電話 58.1%、訪問 23.6%の順で、生活支援センターでは、電話 61.5%、面接 35.4%であった。

訪問先については(表 3-9、図 3-9)、3 群とも家庭が最も多かったが、県保健所群では、その他も多かった。

相談種別については(表 3-10、図 3-10)、3 群とも、生活上の問題が 60%台で最も多く、次いで、治療上の問題の順であった。

再掲(表 3-11、図 3-11)では、各群とも日常生活上の問題が最多であった。市町村群と県保健所群では、家族の対応が 2 番目に多かった。他方、生活支援センター群では、医療利用上の問題が 2 番目に多かった。

担当者については(表 3-12、図 3-12)、市町村群では保健師が 89.1%、生活支援センター群では福祉職が 83.1%、県保健所群では福祉職 56.1%、保健師が 46.3%であった。

以上より、市町村相談窓口の役割は、総合相談窓口的な機能を果たしており、県保健福祉事務所での相談よりも、内容は多岐

にわたっていた。すなわち、福祉相談だけではなく、医療にかかる相談や生活一般、社会復帰相談など、すべての相談がもちこまれており、ひきこもり、食生活上の問題、や希死念慮を伴ううつ状態など、今日的な新たな精神保健福祉課題にかかる相談も含まれていた。また、相談者は、本人の利用が多く、再相談も多かった。窓口対応については、県保健福祉事務所よりも、幾つかの職種が重複して係わる場合が少なくなかった。一方、地域生活支援センターでは、統合失調症圏の事例についての支援活動が主流であった。

### (3) 既存の県域保健福祉事務所のデータを使用した継時的推移の検討

平成 12 年度以降、平成 14 年度にいたる各年度の 12 月の県保健福祉事務所での相談業務統計データと、平成 15~16 年 12 月の試行データを用い、各調査項目の経年的な推移につき比較検討を試みた。結果は、表 4、図 4-1~4-9 のごとくである。

平成 12 年度以降、平成 16 年度にいたる延べ相談件数は、平成 12 年度から平成 15 年度にかけては増加傾向にあったが、平成 16 年度は減少した。

性差については(図 4-1)、平成 12 年度では男性の方が多かったが、平成 14 年度以降は、逆に女性の方が多くなってきている。

年齢分布については(図 4-2)、平成 15 年度までは、30 代と 65 歳以上の比率が増加傾向にあり、特に平成 15 年度は 65 歳以上での増加が顕著であった。平成 16 年度は、各年代とも減少していたが、特にこの両年代での減少が目立つ。

地域保健事業報告については(図 4-3)、平成 14 年度までは、「その他」が 75%強を占めていたが、平成 15 年度には 57%に減り、その分、老人保健が 16%、心の健康づくりが 9%へと増加している。なお、平成 16 年度は、「その他」の比率が再度増加し、老人保健の減少が目立つ。

診断名については、平成 12、13 年度は実件数のデータであるため、これを除き、平成 14~16 年度データについてグラフを作成提示した(図 4-4)。平成 16 年度は、前年に比して、痴呆・老人性精神障害の減少が目立ち、比率的には統合失調症が増加していた。また、平成 15 年度には人格障害が 112

件、精神遅滞が23件あり、診断保留の実数と比率が大幅に増加していたが、平成16年度の人格障害は47件と減少していた。他方、精神遅滞は、第1診断では14名と減少していたが、第2診断では48名と増加していた。なお、平成16年度に新たに設けた身体合併症の有無については、有りの者が143名12%を占めていた。

状態像については(図4-5)、平成14年度以降のデータしかないが、ひきこもりは、71件、157件、145件と多かった。他方、人格障害の問題は平成14年度の108件から15年度には180件に増加したが、平成16年度は93件に減少している。子どもの虐待はほぼ横ばい状態で、食生活上の問題は増加傾向にある。また、平成15年度に初めてチェックした、希死念慮を伴ううつ状態は112件であったが、平成16年度は89件で、その他うつ状態は62件であった。DVや老人虐待などの問題は少なく、また、平成15年度に比して相談件数は減少していた。

相談者については(図4-6)、関係機関からの相談の判定基準が変化している点に留意する必要があるが、総じて、関係者からの相談が、平成12年度から15年度にかけて増加していた。特に、平成14年度以降は市町村職員からの相談件数が増加しており、また、平成16年度は、「その他」に分類される様々な関係者からの相談が増加していた。なお、家族と当事者の相談件数はほぼ横ばい状態であった。

援助方法については(図4-7)、平成14年度から平成15年度にかけて、電話相談件数が増加していたが、平成16年度は大きく減少した。他方、比率的には、電話相談が減少し、面接と訪問の比率が増大する傾向にある。訪問先については、作業所、医療機関への訪問は減少する半面、家庭訪問と、その他の訪問件数が増加傾向にあった。なお、「その他」の訪問には、市町村への訪問が含まれている。

相談種別については(図4-8)、平成14年度までのデータが実件数で、平成15年度は延べ件数であることに留意する必要がある。まず、平成14年度までの傾向については、いずれも件数的に増加傾向にある。また、平成15年度と16年度との比較では、治療と社会復帰、その他の比率が増加する傾向にある。

担当者については(図4-9)、福祉職と医師等の関わる件数は横ばい状況であるが、保健師の対応件数は、平成14年度の337件から平成15年度679件へと倍増している。また、比率配分的にも、平成12年度の22%から平成16年度には33%と増加していた。

以上、県保健福祉事務所での、相談取り扱い件数は平成12年度から平成15年度にかけ増加したが、平成16年度は減少した。女性事例が増加する傾向にあり、また、状態像では、ひきこもり、その他の今日的な課題、希死念慮を伴ううつ状態、などが増加する傾向にある。担当者については、保健師の対応件数が増加する傾向を認めた。

## 2. 県、横浜市、川崎市などにおける平成17年度以降の業務統計体制の検討状況

### (1) 県および横須賀、相模原市

県では、県域33市町村と横須賀、相模原市からなる市町村・保健福祉事務所・精神保健福祉センター等連絡会で本研究の成果を報告し、意見を求めた。その結果、市町村担当者からは、試行案そのものについての具体的な意見に加え、精神障害者の福祉関連事業の他、介護保険や支援費にかかる業務が大幅に増大し、日々の業務遂行に追われるなか、昨年度試行の共有精神保健相談業務フォームの活用を主体的・積極的に推進するだけの余裕がないとの意見が出された。他方、市町村単独での精神保健福祉関連業務の企画立案には、ホームヘルプ事業など個別かつ具体的な項目毎の詳細なデータが必要となることや、管轄地域住民なり精神障害者を対象にしたニーズ調査なども別途必要になるなどの意見が出された。以上の意見を踏まえ、平成16年度の県保健福祉事務所の業務統計にかかる改訂修正版を作成し、平成16年度12月に県域11保健福祉事務所において再度1カ月の試行を試みた。また、県保健福祉事務所の担当者数名からなる検討グループで地域精神保健福祉活動全般の業務体系について検討を行った。また、これらの作業と並行して、本庁の地域精神保健福祉業務統計に係した主管課担当者と「神奈川県新精神保健福祉情報システム」の一部修正に向けた意見交換を実施し、平成17年度に、本研究の最終案を上記システムに取り込む形での改訂を予定している。

また、横須賀市、相模原市では、平成17年度以降は、本研究で開発した相談業務統計表を取り込んで各々の業務統計を行うこととしている。

## (2) 横浜市

横浜市では、各区役所福祉保健センター（旧保健所）サービス課の障害者支援担当の医療ソーシャルワーカーが、精神保健福祉業務を担当している。そこで、現行の業務統計の改良に向け、平成15年10月から衛生局精神保健福祉課職員とサービス課障害者支援担当職員の代表で構成する「報告統計検討会」を月1回開催し、局区双方の意見を採り入れて、新しい統計づくりの作業を開始した。この検討会では(1)現場での利用価値の高い統計となるよう統計項目を精査する、(2)効率的で正確な入力・集計を行うために、パソコンを十分に活用する、(3)統計の入力方法及び活用方法についてマニュアルを整備する、(4)「地域精神保健福祉に関する指標の開発の研究」において神奈川県内で共有化を提案した統計項目をできる限り採用するなどを基本方針とし、市独自の「統計項目と選択肢」と「入力・集計の方法の改正」の作業を継続中である。今後は、本検討会で作成した素案を全区の担当者会議に提案し、現場担当者の意見をふまえて修正変更を行い、マニュアルを整備したうえで、平成17年4月1日より実施の予定である。

## (3) 川崎市

川崎市は精神保健福祉に関する統計は、従来、健康福祉年報に、区役所保健福祉センター、こころの相談所、リハビリテーション医療センター、精神保健福祉センター、精神保健課の業務として掲載されている。このうち、保健福祉センターの業務統計は、障害者支援担当の精神保健担当を中心に毎年、年度末に個票を用いて集計をしてきた。しかし、本研究を契機に、市の業務統計内容の検討に向けた統計委員会(区役所保健福祉センター、精神保健福祉センター、本課職員)を発足させ、社会福祉職研修会を活用しながら、県内自治体に共通した項目も含め、新たな業務統計内容の見直しを継続実施中である。また、知的、身体障害に合併する精神の問題については、現在、知

的、身体障害支援担当職員が別途、業務日計表を作成しているが、今後、3障害の業務日計表の関係についての検討が必要になると思われる。さらに、区役所機構で精神保健福祉所管部所は、障害者支援担当の他に総合窓口、高齢者支援担当、児童家庭支援担当があり、そのため精神保健分野の問題である高齢者の痴呆や虐待、子供虐待や育児不安などを取り扱う部所が今回の調査の対象に入っていない。その他、市の精神保健福祉問題担当部所のリハビリテーション医療センターやこころの相談所での統計資料をも視野にいれ、市全体での精神保健福祉業務にかかる個別相談の日計表項目の改変作業が今後の課題である。

## 3. 県外自治体等からの意見聴取

県外の自治体等への質問紙調査にかかる回答内容について質問項目毎に整理した(別添資料2)。また、この資料をふまえ、別途、埼玉県関係者および大阪府の関係者と意見交換を行ったが、以上の質問紙調査と意見交換の結果を包括的に要約すると以下の如くである。

### (1) 本研究でモデルとして開発した共有相談日計表と記入要領について

「記入要領」については、分かりにくいところや明確化を図る箇所の指摘は特になかった。ただし、状態像という用語は、医学的概念と混同しやすいので、「新たな地域ニーズ」なり「特定の問題群」などに、また、相談種別の下位項目での「社会復帰」を「社会参加」などにかえるなど、一部、表現方法を変える必要があるのではないかとの意見があった。

日計表のなかで使いにくい点としては、匿名希望の電話相談などの場合、実年齢把握が困難な場合があることと、手作業での入力の困難であるとの指摘が複数認められた。

共通項目として有用な項目については、地域保健・老人保健事業報告、国際疾病分類第10版(以下、ICD10)を基盤にした診断名、状態像、相談種別が、他方、必要のないものとしては、状態像、訪問先、相談種別の再判定などがあげられていた。

また、住民ニーズを把握するため追加・改善の検討項目としては、頻回相談者への

対応状況、「苦情」、32条・手帳、ホームヘルパー、ショートステイ、グループホームなどの利用者数、受療状況、相談経路、支援内容、対応結果、依存症関連問題、その他、様々な提案があった。

## (2)現時点での相談業務統計について

相談業務統計の見直し・変更ないし予定の有無については、埼玉県立精神保健福祉センターでは、平成7年度以降、県都市町村への技術指導を展開するなかで、平成14年度に、市町村への精神障害者福祉業務の一部移管に向け、県内市町村職員を対象に、精神保健福祉業務統計にかかる研修プログラムを企画し、業務統計を媒体とした市町村支援を展開した。現在、県内市町村にはこの業務統計様式に基づいて相談業務統計を実践しているが、当面は、統計の見直し、変更の予定はない。

大阪府では、本庁主管課と大阪府こころの健康総合センターとが連携して、平成14年度から平成16年度の3年間、府域の市町村支援に向け市町村の担当者に精神保健福祉活動状況にかかる包括的な精神保健福祉業務統計データの提出を求めてきたが、平成17年度以降は、市町村支援を一步引いた形で展開する方針であり、それにあわせ業務統計データ項目を精査整理し、より簡素なものにしたうえで本年1月に管内市町村に継続的データ提出の協力依頼を行った。

尼崎市は1保健所6保健センターを有しており、保健センターで、相談業務、グループ活動、32条・手帳の申請受付を行っている。他方、保健所は、32条・手帳の申請交付、相談業務にかかる独自の集計ソフトを開発し、平成11年度以降、各センターで入力したデータをオフラインで集め集計整理を行っている。

その他、さいたま市こころの健康センターと北九州市立精神保健福祉センターでは、現在、業務統計の見直しを考慮中である。

施策立案に使用している業務統計資料については、衛生行政報告例、病院月報、わが国の精神保健など国レベルでの各種業務統計資料と、通院医療費公費負担、精神障害者手帳にかかる統計などを基本的情報として参照しているところが多かった。

また、県内自治体間の情報交換について

は、各自治体とも、担当者会議などでの意見交換が多かった。

## (3)地域ニーズを把握するための相談窓口業務統計指標以外の指標

当事者、家族、精神保健福祉ボランティア、社会復帰施設、地域住民を対象にしたニーズ調査などが主である。

## (4)本研究に対する意見、感想

質問紙調査の回答では、今後の地域精神保健福祉体制の整備を図る上で有用であることや、診断名や生活障害程度の判定については、ICD10や国際生活機能分類（以下、ICF分類）の積極的な採用を検討すべきであるとの意見が複数認められた。また、市町村担当者にとっては、集計項目が多いので、パソコンを使用してのデータ入力と整理を前提で検討する必要があるとの指摘があった。

また、大阪府本庁主管課および府センターとの意見交換では、現時点では、本研究で選定した統計項目数は、市町村にとって多すぎるおそれがあるが、今後、法制的に市町村の役割が確定し、共有データを実際に活用し、評価の目的と必要性を担当者に周知することができれば、適正な項目選定であるとの結論を得た。また、埼玉県関係者からは、共有データをとる目的を明確にし、項目によっては期間限定で取るなどの工夫が必要であること、共有の業務統計体制の実現には市町村職員向けの研修が重要であることなどの指摘があった。

### 4. 共有相談日計表と記入要領の改訂

以上をふまえて、県内自治体共有の相談窓口業務統計指標を定め、共有相談日計表と記入要領の改訂を行った(別添資料3, 4, 5)。

県内自治体共有の相談窓口業務統計指標については、訪問先を再掲項目とし、以下の10項目とする。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特定の問題、⑦被相談者、⑧援助方法、⑨相談種別、⑩担当者。

また、各項目にかかる記入要領の変更は下記の如くである。

④把握区分については、電話、来所、訪問の各々について、「年度新」か「再利用」

かの記載する。

⑤診断名については、新たに「未受診」「不明（未聴取を含む）」を追加する。さらに、再掲で「精神遅滞」と「考慮すべき身体合併症」の有無を併記する。

⑥「状態像」を「特定の問題群」とし、「人格障害的問題」を「性格上の問題」に変更する。「希死念慮を伴ううつ状態」の他、「うつ状態」を追加。あらたに、PTSD、アディクション（アルコール・薬物・ギャンブル・買い物等依存）、近隣苦情を追加する。自由記載については削除する。

⑦「被面接者」を「被相談者」に変更し、関係機関職員を、県内他自治体精神保健福祉担当職員に限定し、それ以外の関係者は、「その他」に分類する。

⑧援助方法では、同一相談者は1日に1回の計上とし、1日に複数回の電話、面接があった場合は、再掲で回数欄（Ⅷ-2）に回数を記入する。また、頻回ケースと判断した場合は、頻回ケース欄（Ⅷ-3）に、「あり：1」を記載する。また、訪問先は、通し番号で援助方法に組み込む。

⑨相談種別については、再掲の「社会復帰の問題」を「社会参加の問題」に変更し、再掲の医療、日常生活、社会参加の問題の下位分類カテゴリーは通し番号とし、重複可で記入する。また、就学・就労を、それぞれ独立した項目とし、後者に社会適応訓練事業を含ませる。社会復帰施設に、地域作業所を含め、介護保険を新規追加とする。

⑩担当者に、「関係機関職員」を追加する。

#### D. 考察

##### 1. 平成15年度試行データの分析整理の方法について

本研究試案で採用した共有の相談窓口業務統計指標11項目の下位項目4および自治体区分からなる15指標を、地域住民ニーズに関する指標と、相談窓口での対応に関する指標、その他の指標に分けて整理してみると表5ごとくとなる。

表5 精神保健福祉相談業務統計指標の内訳

##### (1)地域住民ニーズに関する指標

- 1) 窓口利用状況指標：④把握区分
- 2) 相談者の特性指標：⑦被相談者

3) 相談対象事例指標：①性、②年齢分布  
⑤診断名

4) 相談内容指標：③地域保健事業報告分類、⑥状態像、⑩相談種別、  
⑪治療上の問題、⑫社会復帰問題、  
⑬生活上の問題

##### (2)相談窓口での対応に関する指標

対応援助方法指標：⑧援助方法、  
⑨訪問先、⑭担当者

##### (3)その他の指標

自治体の形態指標：⑮自治体区分

以上をふまえて、共有データ・ベースのクロス集計により得られる情報の具体例を整理すると表6の如くで、様々な視点での、地域住民の横断面的な精神保健福祉ニーズにかかる情報を得ることができる。

表6 横断面的な地域住民の精神保健福祉ニーズにかかる情報

##### (1)地域住民ニーズについての検討

1) 相談窓口の利用状況に関する指標に着目した検討

ア) 実件数(質)と延べ件数(量)別ニーズ  
イ) 把握区分別にみたニーズ

2) 相談者の特性に関する指標に着目した検討

ア) 相談者別にみたニーズ

3) 相談対象事例に関する指標に着目した検討

ア) 性別にみたニーズ

イ) ライフステージ別にみたニーズ

ウ) 診断名別にみたニーズ

4) 相談内容に関する指標に着目した検討

ア) 地域保健事業報告分類別にみたニーズ

イ) 新たな地域ニーズについての検討

ウ) 相談種別にみたニーズ

(2) 相談窓口での対応に関する指標に着目した検討

ア) 援助方法別にみた地域住民ニーズ

イ) 担当者別にみた地域住民ニーズ

ウ) 複数相談者と単独相談者への対応の差異

エ) 複数担当対応事例と単独担当対応事例の差異

(3) その他の指標に着目した検討  
自治体の形態別にみた相談ニーズ差  
(6区分)

本報告書では、このうち、(1)、1)、ア) 実件数と延べ件数 (3)自治体の形態別にみた相談ニーズ差についての検討結果を提示した。(なお、表6に掲げた他項目の集計整理の結果については、平成16年度分担研究報告書別冊に参考資料として収録提示した。)

また、上記の検討項目のうち(3)自治体の形態別にみた相談ニーズ差については、地域区分をどのように規定するかによって多様な検討が可能であり、その具体例については、昨年度の分担研究報告書で提示した。そこで、本報告では、少し視点をかえて、地域生活支援センター、市町村、県保健福祉事務所での相談状況につき検討した結果を提示した。

以上の検討は、いわば地域住民ニーズの横断面的な特徴の整理方法であるが、この日計表を継続使用することによって、継年変化の検討が可能になる。本報告における既存の県域保健福祉事務所データを使用した継時的推移の検討は、その具体例である。

2. 平成15年度試行データの分析結果について

(1) 横断的・全般的な地域住民ニーズ

延べ件数群と実件数群との比較にもとづき、横断的な地域ニーズ(実件数データ)と再利用の状況(延べ件数データ)の特徴を対比して、まとめてみると以下の如くである。

1) 実件数データに基づく本県の地域住民ニーズ

全般的所見としては、調査時点での県全体としての地域住民からの相談状況については、相談事例に、男女差はなく、壮年期と中年期の相談で60%を占める。

相談の内容については、県全体では、治療上の問題が最も多く、次いで、生活上の問題、社会復帰の問題、心の健康づくり、その他の順であった。なお、家族からの相談は、治療および生活上の問題について、また本人からは、社会復帰と心の健康の相談が多かった。

2) 延べ件数データに基づく地域住民ニーズ

本人と、関係機関職員で、再利用が多く、年齢的には壮年、中年期、診断的には統合失調症圏の者が多かった。相談内容については、生活上の問題、社会復帰の問題が多く、新たな地域ニーズとの関連では、人格障害の問題群で再利用が多かった。なお、地域保健事業報告では、その他と社会復帰の相談が多かった。

(2) 各自治体形態別にみた地域住民ニーズとその対応状況

実件数データにもとづき、調査時点での各自治体形態別の地域住民ニーズとそれに対する、各自治体単位での対応状況を整理してみると以下の如くである。

1) 県保健福祉事務所

県域11保健福祉事務所での相談対応状況は、概して、相模原市保健所のそれと類似していた。相談者では、家族からの相談が多く、相談事例については、男性が、また年齢分布では、壮年期が最多であったが、次いで、高年期65歳以上が多かった。診断名でも、器質性精神障害の比率が高かった。相談種別については、治療上の問題の比率が高かった。

治療上の問題の内訳では、医療利用上の問題が65~90%を占めていた。生活上の問題では、総じて、日常生活の問題が最も多かった。また、社会復帰の問題では、社会復帰施設の問題が80%を占める一方、ホームヘルプにかかる相談は、当然ながら少なかった。

状態像については、ひきこもり、人格障害的問題、うつ状態と家庭内暴力が多かった。比率的には、人格障害的問題の比率が高かった。援助方法では、電話が最多であったが、訪問の比率も比較的高かった。担当者については、福祉職67%で、保健師が34%であった。

2) 政令指定都市、中核都市および保健所政令市

政令指定都市である、横浜市と川崎市とを相互に比較してみると、ニーズおよびそれに対する対応状況は相当異なっていた。これには、政令指定都市の人口規模、年齢

分布、行政組織としての役割分担の相違などが関与しているものと思われる。

すなわち、川崎市では、地域住民の相談を担当する部所は、区保健福祉センターの他に、精神保健相談所と川崎リハビリテーションセンター、川崎市精神保健福祉センターがあり、その役割分担が複雑で、例えば、川崎市における老人保健相談については、老人保健福祉局で別途所管していた。他方、横浜市では、横浜市こころの相談センターと区福祉保健センターが地域住民の相談を受けており、両市のデータの差異について解釈する際には、こうした組織や役割分担の違いを十分に考慮する必要がある。

また、平成15年度に中核市となった横須賀市は、むしろ保健所政令市の歴史の方が長いが、かつて3箇所あった保健所の組織再編で、現在は、中央保健所と2つの保健福祉センターとして業務上の役割分担をしている。当然、精神保健福祉相談についても役割分担をして対処しているが、今回のデータは、このうち、中央保健所での業務実施状況である点に留意する必要がある。

相模原市は、平成10年度に保健所政令市となったこともあり、相談業務実施状況は、県域保健所のそれに類似した特徴を示している。

以上、今回の試行結果について考察する際は、自治体の形態別による差異と相談業務実施状況とを単純に対応させて考えるのではなく、自治体毎に改めて、地域住民の精神保健福祉相談ニーズへの対応にかかわっている各部所での対応を含めて総体的にニーズを把握する必要がある。

なお、幼少青年期事例の相談は、中核市である横須賀市と保健所政令市である相模原市で多く、高年期事例の相談は、県域保健福祉事務所と市町村の相談窓口で多い傾向を認めた。この点については、各自治体の年齢構成がどのようになっているかも考慮する必要がある。

### 3) 県域33市町村

平成14年度から市町村が精神福祉サービスの第一線機関となることについては、地域住民ニーズが量的・質的にどの程度のものであるかについて、なかなか予想が困難であるという状況にあった。しかし、今

回の試行結果によれば、市町村窓口での相談取り扱い件数は、県保健福祉事務所に匹敵する件数であった。

ところで、県域の地域住民ニーズへのサービス対応にかかる役割分担では、市町村の相談窓口では、福祉的サービスにかかる相談対応を、県保健福祉事務所では保健医療にかかる相談対応を行うことが想定されていた。しかし、今回の試行データによれば、市町村相談窓口で取り扱う相談は、県保健福祉事務所での相談内容に比してより多様な様相を呈していた。具体的には、福祉相談に加え、医療にかかる相談や生活一般、社会復帰相談など、多様な相談がなされており、また、ひきこもり、高齢者のトータルケア、食事上の問題や希死念慮を伴ううつ状態など、今日的な新たな精神保健福祉課題にかかる相談も少なくはなかった。以上、地域住民は、市町村の相談窓口にも、生活者としての総合相談窓口的な機能を期待し、自分が相談する内容によって、市町村窓口と県の相談窓口を使い分けている実態が明らかになったといえる。

また、市町村窓口の相談者については、本人の利用の比率が高く、再相談も多かった。また、年齢分布では、高齢者の相談が多かった。

一方、対応については、県域市町村では、保健師と事務職の対応の比率が高く、援助方法では、面接が最多で、訪問の比率も高かった。また、県保健福祉事務所よりも、複数の職種担当者が重複して係わる件数が多かった。

なお、市町村は、そのサービス業務を地域生活支援センターに委託することが可能とされており、その場合には、地域生活支援センターとの機能的役割分担という問題も出てくる。この点に関しては、昨年度の試行期間中に県域の地域生活支援センター2カ所の参加協力を得ることができた。この2つの地域生活支援センターと、そのセンターのある市町村および保健福祉事務所での利用状況を相互に比較検討では、現時点での地域生活支援センターは、統合失調症事例に対する支援活動が主流であることが確認できた。

(3) 県データの継時的な解析から見えてくるもの



平成14年度から、市町村が精神福祉相談業務を執り行うようになって、県保健福祉事務所の相談ニーズや対応状況には大幅な変化が生じてきていることが確認できた。

まず、相談件数については、平成12年度から平成15年度にかけては増加傾向にあり、特に平成15年度の増加が著しく、その後、平成16年度には減少した。その要因としては、相談件数の計上方法を、同一相談者の頻回相談の取り扱いを、平成15年度には、午前1件、午後1件として計上したが、平成16年度は1日1件に変更したことなどが影響していると推察されるが、実際、頻回利用の多い人格障害ないし性格的問題事例の件数は減少していた。また、後述の如く、女性、高齢者、老人保健問題、老年期精神障害の件数の減少が顕著であった。この点に関しては、平成15年度から県保健福祉事務所では「処遇困難事例検討会」を開催するようになったことなどにより、平成16年度は、高齢者にかかる相談が市町村窓口に移行している可能性がある。実際、県保健福祉事務所の担当者は、高齢者の相談が昨年と比べ実質的に減少傾向にあるとの印象をもっており、今後の動向を見守る必要がある。また、相談への対応状況については、福祉職の関わり方の件数はほぼ横ばい状況であるが、近年、保健師の関与が倍増し、比率的にも、平成12年度の20%から平成16年度には33%へと増加していた。一方、相談者については、平成14年度以降、関係機関からの相談件数が増加傾向にあり、また、相談者そのものが多様化する傾向にある。相談事例にかかる特徴については、女性事例の比率が増加する傾向にある。年齢分布では、特に平成15年度に65歳以上の相談事例の増加が目立ったが、平成16年度には従来の傾向に戻っていた。診断名では、平成15年度は、前年に比して痴呆・老人性精神障害が増加、感情障害も増加したが、16年度は減少していた。なお、平成15年度には、人格障害と精神遅滞の増加がみられたが、平成16年度には、人格障害の件数は減少し、他方、精神遅滞がらみの相談は増加していた。相談種別については、平成15年度は心の健康問題の増加がみられ、比率的には、生活上の問題が増加傾向にある。平成16年度には、治療と社会復帰にかかる相談の増加傾向を認めた。状態像

については、平成14年度に比して、ひきこもり、人格障害の問題の増加がみられ、平成15年度から調査対象となった希死念慮を伴ううつ状態、DVや老人虐待などの問題については、平成16年度は、ほぼ横ばい状況であった。また、地域保健事業報告分類では、近年、老人保健、社会復帰、心の健康づくりが増加している。援助方法については、平成16年度は、電話の比率が減り、面接、訪問の比率が増加していた。また、訪問先については、家庭と、その他の訪問が増加傾向にあった。なお、「その他」の訪問には、市町村への訪問が含まれている。

### 3. 神奈川県内の各自治体での相談業務統計実施体制の改変の動向

本研究では、県内各自治体の共有相談日計表と記入要領の検討にあわせて、各研究協力者が所属する自治体ごとに、平成17年度以降の相談業務統計のあり方について、共有項目以外の項目も含め、継続検討を行った。その具体的検討状況については、県、横浜市と川崎市での取り組み状況を平成16年度分担研究報告書別冊に参考資料として収録提示した。

なお、県域33市町村については、介護保険、精神障害者福祉、支援費制度など相次ぐ新たな役割への対応で手一杯の状況にあり、相談記録や業務統計の活用を積極的に検討しうる状態ではなかった。そのため、共有相談日計表の開発をふまえた、県内各自治体での相談業務統計実施体制の改変の検討については、政令指定都市、保健所政令市と県域保健所を中心に展開せざるを得なかった。

ところで、このところ、国の精神保健医療福祉施策は、関連制度の改変も含め、広範かつ急激な変化の渦の中に突入した観を呈しており、市町村、都道府県、国の具体的な役割分担については、今後、なおしばらくの間は流動的な状態がつづくことが予想される。そのため、現時点で、地域精神保健福祉業務にかかるモニタリング体制の整備に向け、業務統計指標や評価方法について継続検討することが困難な状況が生じつつある。しかし、今後、国施策や各種自治体相互の具体的な役割分担の方向性がある程度定まってくれば、改めて地域精神保健福祉業務にかかる評価について再検討が

必要になることは確実である。従って、地域保健福祉を担う現場として、より適切かつ現実的な業務評価方法の確立を念頭に、現時点での事業評価を継続して実践する必要がある。

#### 4. 他自治体からの回答および意見交換の結果について

地域精神保健福祉施策の統合・充実化を図る上で、共有の相談業務日計表と記入要領の開発は必要であることについては意見の一致をみたが、具体的な共有項目数に関しては、意見の相違が認められた。すなわち、本研究で選定した項目にかかるデータを市町村担当者と共有することを目指すことは必要であるという意見と、市町村業務量の多いことを考慮し共通項目をさらに精選整理する必要があるとする意見である。さらに、前者の立場での意見には、診断と障害程度認定と地域生活支援ニーズの判定・評価には、ICD10分類とICF分類にもとづく判定基準を採用すべきであるとする意見もあった。

この点に関しては、今後の国策の方向性として、市町村を基礎に置き、障害保健福祉圏域、都道府県との3層構造からなる相談支援体制を中心に、住・生活・活動を総合化する新たな地域生活支援体系の整備を図ること、その目標達成に向け地域実態を把握した地域計画を策定すること、市町村などでの関連事務の簡素化・効率化のため電算化を進めることなどの方向性が提示されたことなどを考慮する必要がある。また、市町村の総合相談窓口へ寄せられる相談は、生活者の視点にたった諸課題で、福祉関連の相談のみならず、医療、保健、就労、教育、司法的ニーズと多岐にわたっていた。しかし、現行の市町村体制のみで、これらの多様多岐な相談をすべて引き受け対処することは不可能なことは明らかであり、県の保健所や精神保健福祉センター、その他、県内自治体との役割分担と連携のありかたを協働で検討することが必要である。

ところで、地域精神保健福祉体制に関する諸制度は、現在、新たな統合に向けて大きな変動をつづけており、そのことが、地域の関連諸機関の役割分担を明確にすることを一層困難にさせている。具体的には、介護保険制度を活用した障害者支援施策の

展開、障害者雇用体制の見直し、障害者施策以外の項目にかかる精神保健福祉法の改正などの課題が、並行して継続検討中であり、それらの動向に注目する必要がある。また、地域住民からの相談への援助方法との関連では、市町村を中心にしたケアマネジメント体制の整備、新たな地域課題に対しチームで対応する方策の導入、あるいは、地域の高齢化に対し、トータルケア体制の充実化に向けた、サービス内容やその提供方法、役割分担の見直しと相互連携の推進などの動向についても留意する必要がある。さらに、地方分権の推進によって、市町村合併や新たな政令指定都市や保健所政令市が誕生すると、それに伴い保健と福祉にかかる関連組織の統廃合が進むなど、「地域」そのものが変わりつつあり、従来の地域特性や対応体制そのものが、今後さらに多様化する可能性についても考慮する必要がある。

以上、統合化の進展に伴う評価システム再編は、様々な困難を伴う重い課題であるといえるが、従来からの事業中心あるいは自治体単位での縦割りの評価体制を、横につなぐ工夫をしなければ、市町村を中心に都道府県と国が重層的に支援する体制下での評価システムは有効に機能しなくなってしまのおそれがある。従って、今後も引き続き、各種地方自治体が相互に共有しうる精神保健福祉業務指標全般、および共有の業務統計フォームの開発に向け取り組む必要がある。

なお、収集された情報を最大限に生かすためには、個人情報も含めたデータの作成が課題になるとの意見があったが、この点に関しては、まず、各自治体単位で、個人情報保護のための体制と規則づくりを進めるなど、データ管理体制を整備することが不可欠である。

#### 5. 今後の地域精神保健福祉業務のモニタリング体制の整備に向けての提言

平成14年度は、地域精神保健福祉施策は、市町村を基盤にした新たな地域ケアシステムの構築に向けての船出の年となった。そして、その後、今日に至る間、国施策の動向は一大変革期へと突入した。すなわち、同年12月に公表された社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告「今後の

精神保健福祉施策について」(以下、報告書)では、入院医療主体から、地域生活を中心としたあり方への転換を国の基本方針とし、①精神障害者の地域生活の支援、②社会復帰施設の充実、③適切な精神医療の確保、④精神保健医療福祉関係職種の確保と資質の向上、⑤心の健康対策の充実、⑥精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進の6つの具体的な柱が提示された。

その後、厚生労働大臣を本部長とした対策本部がおかれ、平成15年5月の対策本部中間報告を受けて、「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発」「精神病床等に関すること」「精神障害者の地域生活支援のあり方」の3部会が設置され、具体的な国施策の立案に向けた検討がなされた。これらの3部会の報告をふまえ、平成16年9月に「精神保健医療福祉にかかる改革ビジョン」、同10月には「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」が提示され、平成17年2月には「障害者自立支援法案」が国会の審議案として上程された。本法案には、障害者の地域生活支援にかかる包括的・具体的なサービス提供体系が提示され、その実現に向けた市町村、都道府県などの役割が明示されている。他方、障害程度の認定にもとづくサービス提供量の決定や、地域の精神保健医療福祉施策の効率的・効果的な体制整備を図るための市町村、都道府県計画の策定などが盛り込まれており、その為、地域ニーズの動向把握、企画立案、計画案の進行状況の評価システムを速やかに構築することが求められている。

本研究では、報告書の⑥精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進という課題達成に寄与すべく、地域精神保健福祉業務の実態把握とその業務指標の開発とを試みた。その結果、市町村の相談窓口への精神保健医療福祉の相談件数は急激に増加し、介護保険制度や支援費制度の導入と相まって、市町村の業務量は激増していた。また、保健所は、新たな地域精神保健福祉ニーズへの対応について、市町村との役割分担や市町村支援のあり方にとまどっており、精神保健福祉センターは、多様化しつつ増大の一途をたどっている業務のうち、何が優先課題であるかの見極めを迫られていることなどを確認した。

このように、各自治体の地域精神保健福祉担当者は変化の激しい実務の実践に日々追われており、自ら、相談記録の整理や業務統計の課題に取り組むだけの余裕を見いだせないでいる。また、見直し変更の必要性は感じて、体制そのものが変化しつづけていることもあって、なかなかその作業に着手しえないでいることも事実である。そうした中で、地方自治体の地域精神保健医療福祉施策の企画立案に際しては、既存の国の統計資料などを使用している自治体が少なくはない。従って、まず、現在の地域精神保健医療福祉関連の国統計を、現場で活用しうる統計様式に改変提示する必要があるといえよう。

なお、改変に際しては、以下の諸点に留意すべきである。すなわち、今日的な地域精神保健福祉施策については、報告書①②③の精神医療施策(医療)、3障害一体での障害者施策(福祉)と、⑤の地域住民を対象にした心の健康対策(保健)に大別しうるが、医療に関する既存の全国調査としては630調査と衛生行政報告例が、保健に関しては地域保健・老人保健事業報告がある。しかし、現時点では、両者の調査項目と判断基準は、必ずしも整合性がとれているわけではなく、特に、後者については、新たな地域ニーズの判定が困難で、結果的に「その他」のカウントが半数を占めていた。また、福祉については、新たに「障害者自立支援法」が制定されると、3障害一体での地域生活支援サービスにかかる障害者計画の企画立案が必要となる。

他方、今日的な地域精神保健ニーズに適切に応えるには、④の「精神保健医療福祉関係職種の確保と資質の向上」に向けた取り組みが欠かせない。我が国には、多職種チームでの対応という地域実践が不十分であり、福祉職の視点と保健師の視点での業務統計相互の共有化が十分になされていない。そのため、業務統計担当者が、福祉職か保健師かによって判断が変わってしまうおそれがある。また、今後は、年齢、障害種別、疾病をこえた一元的かつ安定した障害者自立支援システムを、市町村を中心に都道府県と国が重層的に支援する体制として計画的に整備すること、3障害共通の効果的・効率的な事務執行体制の整備に際しては、市町村やサービス提供者の事務の

簡素化・効率化と、地域におけるサービス提供の効果的な実態把握に向け、報酬請求事務等の電算化、外部委託化を進めることなどが提示されている。このことが進めば、多数の事務職が精神保健福祉関連業務に関与することになり、地域精神保健医療福祉関係者の職種構成の多様化がさらに進むものと予想される。加えて、医師と地域精神保健福祉担当者とのチームで取り組む事業が、今後増加することを勘案すると、医療関係者と地域保健福祉関係者が、相互の連携強化を図りつつ、ICD10 や ICF などをもふまえた評価ツールの開発が課題となる。

以上、今後、市町村を基礎に置き、障害保健福祉圏域、都道府県との3層構造からなる相談支援体制を中心に、住・生活・活動を総合化する新たな地域生活支援体系の整備に向け、①国統計である地域保健・老人保健事業報告と衛生行政報告例とを、地域精神保健医療福祉関係者が共有しより積極的に活用しうる相互補完的な地域活動評価指標とすべく見直しを図ること、②3障害共通の地域生活支援にかかる包括的なニーズ把握を可能にする全国共有の相談業務統計フォームの開発が必要なこと、③介護保険制度における電算化された評価システムにならって国レベルでの地域精神保健福祉業務にかかるデータ収集・整理・提供が可能な評価システムの速やかな開発、導入が必要であることなどを提言する。

#### E. 結 論

平成15年12月の試行データなどにもとづき、県内自治体の精神保健福祉相談の現状と各行政相談窓口での対応状況などを検討した。また、本県と類似の自治体構成を有する埼玉県、大阪府、福岡県の関係者等に本研究にかかる意見聴取を行った。その結果、共有相談日計表と記入要領は地域精神保健福祉体制の整備に有用である、集計項目が多いので電算化の導入などの検討が必要であるなどの意見をえた。最後に3年間の検討結果をふまえて、県内自治体共有の相談窓口業務統計指標を定め、共有相談日計表と記入要領を改訂した。

今後の国の地域精神保健福祉施策の方向性を示した、平成16年9月の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」と同10月の「今後の障害保健福祉施策について（改革のグ

ランドデザイン案）」には、市町村を基礎に置き、障害保健福祉圏域、都道府県との3層構造からなる相談支援体制を中心に、住・生活・活動を総合化する新たな地域生活支援体系の整備を図ること、その目標達成に向け地域実態を把握した地域計画を策定すること、市町村などでの関連事務の簡素化・効率化のため電算化を進めることなどが示されており、平成17年2月の通常国会には両改革案をふまえた三障害共通の障害者自立支援法案が提出された。こうした動向のなか、今後、立体的・重層的な地域精神保健医療福祉体制の計画的整備には、電算化を指向した各種自治体共有の包括的地域精神保健医療福祉業務評価システムの開発と、その運用に向けた基盤整備が必要である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権利の出願・登録状況

なし

#### 謝辞

稿を終えるにあたり、本研究にかかる質問紙・聞き取り調査に多大なるご協力を頂いた、埼玉県健康福祉部障害者福祉課、埼玉県立精神保健総合センター、さいたま市こころの健康センター、大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課、大阪府こころの健康総合センター、大阪市こころの健康センター、福岡県保健福祉部障害者福祉課、福岡県精神保健福祉センター、福岡市精神保健福祉センター、北九州市立精神保健福祉センター、福島県相双保健所、東京都多摩小平保健所、石川県加賀地域センター、兵庫県尼崎保健所、徳島県徳島保健所の関係者各位および本年度の研究全般について、貴重なご助言を賜った北里大学医学部衛生学公衆衛生学教室角田正史先生、埼玉県立大学保健医療福祉学部高畑隆先生に心より感謝申し上げます。