

平成20年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」

分担研究報告書3

精神障害者の、障害者自立支援法における総合的な自立支援システムの  
利用の実態に関する研究

－相談支援事業調査－

研究分担者 野中 猛（日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科教授）

研究協力者 木全 和巳（日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科）

高山 京子（障がい者総合支援センター元浜事業所）

長谷川 忍（千種・名東障害者地域生活支援センターひまわり）

## 第1節 問題意識・目的・方法

### 1. 問題意識

平成19年度の調査研究では、愛知県知多圏域内の各市町（大府市、東海市、知多市、常滑市、半田市、阿久比町、武豊町、東浦町、美浜町、南知多町）の相談支援事業の成立過程について、行政担当者及び相談支援事業者への聞き取りをもとにまとめた。この時の調査研究では、①5市5町は、それぞれ独自の相談支援システムを形成しつつあること、②この違いは、行政と事業所との関係も含めたこれまでの実践の積み重ねの歴史が反映していること、③行政担当者の相談支援事業の重要性の認識などによる差であることなどが、推察された。こうした現象については、「内発的発展モデル（鶴見和子）」として把握され、今後は、相談員を中心とする相談支援事業者と居宅支援や日中活動や施設支援などの福祉サービス提供事業者、行政などにおける圏域も活用した交流と自律による多層的発展モデルとしてとらえることの重要性を指摘した。加えて、このような発展モデルにおいても、地域自立支援協議会の果たす役割が重要であることを論じた。

さて、障害者自立支援法の本格実施から2年以上が経過した。この間、毎年のように本人、家族、事業者、地方自治体などから実に多くの問題点と課題が指摘されてきた。本調査報告の主題である障害者自立支援法の相談支援事業に関しても、個別支援計画作成（サービス利用計画費）の使いにくさ、地域自立支援協議会の形骸化、市町村福祉計画の裏付けのなさなどの課題が出されている。加えて市町村の相談支援業務においても、具体的な個々の困難ケースの解決にあたり、個別支援会議の在り方をはじめ、市町や保健所や他の事業所とのネット・ワークの課題、社会資源の不足と確保の課題、ケースの増加による相談員の負担増、細かいところでは、統計報告や会議報告の書式などの不統一や不備などの課題も出されている。このような現状については、三菱総合研究所(2008)、きょうされん(2008)の調査報告に詳しい。

こうした諸課題に対して、平成20年度から新たに開催された社会保障審議会障害者部会では、平成19年12月に出された与党プロジェクトチーム「抜本的な見直し」を受け、法の見直し規定に基づいて

審議をしている。平成20年12月16日に出された審議会の3年後の見直しのための「報告書」では、相談支援については、以下のようにまとめられている。

まず「基本的考え方」では、「障害者が、様々なサービスや地域資源等も活用しながら、地域で自立して安心して暮らしていけるよう、以下の観点から障害者の相談支援の充実を図る」として、①地域における相談支援体制の強化、②ケアマネジメントの充実、③自立支援協議会の充実の3点をあげている。

①地域における相談支援体制の強化では、地域における相談支援体制の強化として、「障害者の地域生活にとって相談支援は欠かせないものである一方、市町村ごとに取組状況に差がある状況にあり、地域における相談支援体制について、市町村による相談支援の充実や地域生活支援事業補助金の活用を促すなどにより、全国的に必要な相談支援の事業が実施されるよう、強化を図っていくべき」であるとしている。

また、相談支援を担う人材の質の向上では、「市町村のケースワーカーや相談支援事業者の相談支援専門員等、相談支援を担う人材について、研修事業の充実を図るなど、質の向上を図っていくべき」であり、「あわせて、障害者や家族が有している様々な経験や情報を活かし、障害者同士や家族によるピアサポート、身体障害者相談員・知的障害者相談員による相談援助を活用することにより、厚みのある相談支援を実施していくべき」であるとしている。

総合的な相談支援を行う体制では、「地域における相談支援体制の整備を図るとともに、質の向上を図っていくため

に、総合的な相談支援を行う拠点的な機関を設置するなど、総合的な相談支援体制を充実させていくべき」であるとしている。

②ケアマネジメントの充実では、「サービス利用計画作成費の対象者の拡充」として、エンパワメントやセルフマネジメントの重視、地域の様々な関係者が連携の重要性が指摘されている。また、「サービス利用手続の見直し」では、ケアマネジメントの導入と支給決定前のサービス利用計画案の作成を指摘する。その上で、「モニタリングの実施」と「ケアマネジメント・モニタリングを実施する体制」については、専門的な視点を重視し、相談支援の拠点的な機関と専門職の養成の必要性を掲げ、財源の確保を求めている。

③自立支援協議会の充実では、自立支援協議会の法定化として「相談支援事業をはじめとする地域の障害福祉に関するシステムづくりに関し、中核的な役割を果たす協議の場である自立支援協議会について、設置の促進や運営の活性化を図るため、市町村の実情に応じた設置・運営方法が可能になるように配慮しつつ、法律上の位置付けを明確にするべき」であることとし、自立支援協議会の運営の支援の項目として、「あわせて、運営マニュアルや運営の好事例の周知など、国や都道府県において設置・運営の支援を図っていくべき。その際、自立支援協議会への当事者の参画を促進すべき」であるとしている。

このように現時点では、具体的な施策の内容は不明なところが多いが、大まかな改善の方向性が提案された。こうした状況であるので、実際に相談支援事業に



従事する人たちが、現時点で、どのような課題（困っていることと解決したいこと）抱えているのかを、優先順位と理由も含めて聴き取り、聴き取りの結果を分析し、こうした改善の方向性に対して、具体的な提案をすることが大切であろう。本調査研究では、このような問題意識のもとづき、前回の成立過程調査を引き継ぎつつ、愛知県知多圏域をフィールドにして、相談員が抱えている課題について明らかにすることにした。

## 2. 研究目的

相談支援事業従事者からみた現在の相談支援事業実践における具体的な課題について抽出をして、考察し、こうした課題を解決手立てについて、政策提言を行うことを目的とする。

## 3. 研究方法

愛知県知多圏域5市5町の委託を受けている相談支援事業者（相談員）22名を対象とした。病気療養中の1名を除く21名から回答を得た。

聴き取り方法は、事前に「委託を受けた相談支援事業所の相談支援専門員（ソーシャルワーカー）として、現在の相談支援事業の課題（困っていることと解決したいこと）について、5つ優先順位をつけて、理由も含めて、教えてください。」と書いた用紙を配布し、記入をしてもらった。この回答をもとに一人30分から1時間程度の個別の面接調査を行った。聴き取り期間は、2008年8月の一ヶ月間である。聴き取りは、すべて録音をして、文字として起こした。また、年齢、性別、学歴、経歴、資格、学会や研究会の所属などを書き込むフェイスシートに

も記入をお願いした（表1：聴き取りした相談員一覧）。

次にこうして得られたデータについて、一覧表を作成した。この一覧表は、調査研究員3人で、回答と文字化されたデータを読み込みながら、主要な課題とこの課題を裏付けるサブカテゴリーを書き込んだ。（表2：主要な課題とサブカテゴリー一覧）。

その上でさらに各カテゴリーを同じ3人で読み込み続けながら、①相談員、②連携（ネットワーク）、③社会資源、④自立支援協議会、⑤「障害」特有、⑥制度施策、⑦情報、⑧自治体という8つのカテゴリーを抽出した。それぞれのカテゴリーについて、課題1にあげられたものは5点、課題2にあげられたものには4点というように、重み付けをして、どのカテゴリーを重視しているのかを分析した。この時にもう一度、説明としてサブカテゴリーも名付けなおした（表3：相談員の課題）。

こうして得られた結果をイメージ図にした（図1：相談員の課題）。そして、調査員3名で結果から言えることを箇条書きにした。その上でこうした結果に考察を加えつつ、制度改革へのいくつかの提言をまとめることとした。

カテゴリー抽出の作業の前段階として、2008年10月22日に知多北部の相談員8名に集まってもらい地域課題を念頭におきつつ、相談員グループとしての課題抽出のワークショップを行った（図2：北部課題）。同様の作業は、2008年11月14日に半田市の相談員3名（1名は訪問のために参加できず）に集まってもらい行った（図3：半田市課題）。このようなワークは、圏域内の各地域の分析に役立つ

とともに、本研究の категория抽出の作業にも寄与している。

## 第2節 調査の結果

研究方法で記載した知多圏域21名の相談員の課題をまとめた表が、表3：相談員の課題である。

抽出カテゴリー	サブカテゴリー	5	4	3	2	1	コマ 合計	%	点数 合計	%	加重 平均
相談員	専門性／業務	3	6	4	7	5	25	25	70	22.7	2.8
連携(ネットワーク)	役割分担	8	3	4	2	2	19	19	72	23.4	3.79
社会資源	不足／開発	4	7	2	3	0	16	16	60	19.5	3.75
自立支援協議会	活性化／形骸化	1	0	3	1	6	11	11	22	7.1	2
「障害」特有	精神障害／発達障害	2	2	3	0	3	10	10	30	9.7	3
制度施策	矛盾／格差	1	1	1	3	3	9	9	21	6.8	2.33
情報	共有化	1	1	1	2	0	5	5	16	5.2	3.2
自治体	委託内容	1	1	2	1	0	5	5	17	5.5	3.2
							100		308		

表3：相談員の課題

そして、この表3を図式化したものが、図1：相談員の課題である。

図1：相談員の課題

### 相談員の課題



\*分子はコマ数／分母は合計点数

### 第3節 結果の考察

以上の結果から、以下の8つの視点が得られた。8つの視点を並べる際、聴き取りの内容に立ち返り、その項目に類する相談員の生の声を口の中に補足としてあげた。その時に、趣旨を変えない範囲で、少し読みやすくなるように、手をいれた。

①相談員は個別ケースの解決を中心に事業者などと連携をしつつ、地域をつくる仕事（ソーシャルワーク）であると認識している。そこで専門性の向上と業務の範囲に悩んでいる。

所属の場所での業務範囲というか役割とかあると思います。それがまだ自分のなかで整理ができない。委託されている内容自体、よく把握ができていないと思います。

きちんとソーシャルワークの視点をもって関わってしまうケアマネジャーであれば、30ケースも持てないと思う。家族や世帯の問題まで見えてしまうから。実際に、何人かのケアマネと話してみると、家族や世帯の問題を十分に把握している方は少ないです。ケアマネに見えなくさせている介護保険のシステムの問題も大きいです。

日々の相談の内容がさまざまです。相談員として勉強していかなければならないという課題が大きい。一番大きい課題かもしれない。個別に経験してみないと。2、3ケース同じようなケースを見てきて、「あの時あんなアドバイスができたらよかったな」と思うことがある。そういう積み重ねの中で、もっと違っていたかもと日々感じる。反省が多いので、スキルアップしなくてはいけないと思う。具体的には、ケースを蓄積するしかない。ケース検討をすることを通して。

②地域をつくる仕事＝SWが相談員の業務であるとした時に他機関や他事業所などとの連携がなかなかうまくいかないという課題がある。

自治体を含む関係機関との連携ということと重なってしまうのですが、ケースによっては、保健だとか子育てだとか介護の方で包括支援センターだとか医療、教育面との連携が必要です。この時に、今までこうしたところとの具体的な連携は十分になされてこなかった。ですから、関係性が良いと進むのですが、そうでないと、縦割りの弊害があり、とても苦勞するというような状況があります。



ソーシャルワークという時に、精神障害の困難事例、特に医療を必要としている人に介入していく時に保健所の機能とどういう役割分担するのかが不明瞭だと思う。この点については、話し合いをする機会と保健所の横の流れ、県下の保健所の相談員業務を改めてもらおうとすっきりする。

教育の世界と一緒にやるのは難しい。個人としてはとっても良い方がたくさんいらっしゃるのですが。組織として結びつくことの大変さを感じる。教育がらみ子どもたちの課題は山のようにたくさんあって、解決するには連携しなければならない。次の問題を防ぐためにも連携しなきゃいけない。問題が起こるのがわかっているにもかかわらずなかなか連携できない。相談員がジレンマの中にいる。

③業務を行うにあたり、特に情報の共有のところで課題を感じている。

事業所も聞く、学校も聞く、私たちも聞くようなことをしていると、母親たちからすれば、何回も何回も同じことを聞かれて、苦痛なように思います。同時に、情報が蓄積化されない、収集されない、もっと言うと一番問題なのは整理されないことが起こっています。だから、母親たちは「なんだ、また同じこと聞いて」とか「聞くだけでは問題解決しないじゃない」というようなことを思っている。

④とりわけ自治体とは、委託の中味や自立支援協議会の運営、福祉計画へ反映などで、うまく関係づくりができない悩みが出された。

結局、行政の担当の人があまりよく分かってないところもあり、この点についてはうまくやってほしいと言っても、運営委員会でも難しいという返答が、いろんなことに関して出されてくる。

自治体が障害者福祉に対して前向きに進めて行こうという姿勢が感じられない。これは小言のように聞こえるかもしれないのですが、自立支援協議会だとか相談支援事業を通じて、障害者福祉を進めていこうという方針をあまりしっかりと打ち出していないのではないかなという印象を受けます。

⑤自立支援協議会は重要なしくみであるが、なかなか活性化しないなどの課題が出された。

委託の項目に入っているの、やっていかねばいけないのですが。やりたいと言ったし、部会を決めたのも、委託を受けた私たちなので…。自分たちで首を絞めているかなと思うのですが。なかなか相談支援事業者の側から参加している事業者たちや当事者たちに主体が移っていかないのが課題です。事務局の側に、相変わらず主体があつて、お膳立てせざるを得ない。事務量が多いのは行政も理解してくれている。私たちは施設という枠組みを超えて、事業を体現する動きをしているので、常にどんな問題でも主体として突っ込んでいってしまう。

とにかく今悩んでいるのは、部会運営をどのように進めていけばいいのかということ。自分ひとりで回しているわけではないのですが、自分が主になってやっていかなければならない。こうした中で、自分にもまだきちんと、部会のあり方というのがなかなか見えてこない部分があつて、悩んでいます。

⑥同時に基礎である個別の支援については、社会資源の不足があり、また開発のしづみが不十分であるという指摘が多かった。

社会資源の開発と簡単に本にも書いてある。簡単に書いてありますが、こんなに難しいものはないというのが実感です。何かの改善ぐらいならば可能です。特に市町村事業であれば。でも社会資源の開発は難しい。今後、こうした社会資源の開発システムをつくるのが自立支援協議会の役割だとは思いますが。

相談でもサービス利用につながれば解消できるケースも、事業所が極端に少ないので、振ろうと思っても振れない状況がある。既存の事業所も人手不足とか不安定な部分もあるので、いつ人が辞めてしまったら支えきれなくなるというケースもある。

サービス事業者の人材不足のため、サービス提供に結びつかないことが課題。理由はサービス事業者、ヘルパー事業者等の人材不足。あとは、人材の絶対数、日祝日・夜間帯対応の可能な方の人材不足を感じている。

⑦こうしたことは自立支援法の制度の不備や矛盾が大きな要因であり、この部分の解決を望んでいる。

地域生活支援事業の実施要綱について、支援対象者および利用料に、近隣の市町で差異がある。ズレがあるということ。支援を必要とする対象者で、隣の市町では受けられるサービスが、自分が今住んでいる市町では受けられないことがある。

サービス利用計画策定費の対象の人が、ここが立ち上がるまでは一件もなかった。ここに相談があがってきて、この人は絶対対象者ですという人を挙げていって、今ようやく6ケース、7ケースというところ。

⑧特に精神障害や発達障害は独自の課題であるという意識があった。

精神障害の方のサービスが、社協の居宅サービスと活動支援センターしかない。十分なサービスや支援ができていないことが、大きな課題。

精神障害の関係の事業者の側も、自立支援協議会にあまり期待していないということが感じられる。医療機関が行っている施設では、自立支援法に関係なく業務ができるとおっしゃる。今までだったら縦割りで別々にきたから、なかなか馴染みにくいのかなと思う。精神障害者にとって本当に活用できるシステムにしていけるのかどうかというのがなかなか難しいところ。

発達障害の方の対応の方法とか、これも自分自身のスキルアップの方法がほしいという話になってしまうが、相談員として、学ぶ機会がほしい。話を聞いていると、引きこもりの中の多くは、発達障害の方も含まれている。引きこもり支援をどのようにやっていくかが課題である。



#### 第4節 提言

結果の考察を踏まえて、いくつかの提言をしておく。

①委託と指定の関係をはっきりさせつつ、指定に一本化することなく、委託としての相談支援事業および体制の役割を明確に位置づけることが重要である。そもそも委託の部分の相談支援事業は、サービス利用計画作成費のような一件作成するごとの単価の積み重ねという性質のものではない。介護保険のケアマネジャーと同じような業務ではなく、ソーシャルワークとしての相談支援事業として発展させていくことが必要であろう。

②市町村事業であっても、財政的な裏付けが十分ないと、果たすべき役割が果たしきれない。③の「業務の標準化」と関連させながら、必要十分な委託費の算出根拠の裏付けとなる指標の提示が求められる。

③市町（市町連合）で相談支援体制を構築しようとする時に、相談員の一人の職場というのは、極力避けるべきである。人口規模と地理的条件を吟味しつつ、最低4人体制の相談支援システムを構築することが必要であろう。この4人は、相談者が来談しやすい駅の近くなどに事務所をもち、市町村と連携を取りながら、業務が遂行できることが望まれる。

④「業務の標準化」は、第一に、委託元の行政との役割分担、保健所などの他の公的機関との仕事の仕切りなどを踏まえる必要がある。第二には、担当ケースの人数の標準化も求められている。聴き取りに際して、月に均して

どれくらいのケースであれば、支援が可能かという質問を何人かの相談員にした。この結果から、中堅クラスで15人程度であればという結果が出た。この時に、スーパーバイズをするベテランと呼ばれる人たちからは、経験がまだ少ない相談員の相談もしていると、15ケースもできないという声もあった。

初心者、中堅、スーパーバイズができるベテランと大まかに分けた上で、委託の人件費を含めての事業費を算出することが必要である。

⑤指定相談支援事業の積極的な活用と委託相談支援事業とのしっかりとした連携と役割分担が必要である。ここ2年の相談支援事業の実践の中で、各相談員の抱えるケースの数が増えつつある。危機的な介入の後、一定程度安定した生活になっても、定期的な相談支援が必要なケースは多い。一定安定したケースは、指定の相談支援事業のみを行っている事業者へ順次引き継いでいかないと、委託相談支援事業は、飽和状態となる。既に、「もうパンク寸前である」とか、「体調を壊しました」という声が出ていた。こうした地域の実情に応じた相談支援システムを創造できるようにしていく必要がある。

⑥自立支援協議会については、法律上のしっかりとした位置づけが求められるよう。特に資源開発の担保にもなる市町村福祉計画への具体的な数値などの提案と、こうした提案を尊重する地方行政の独立した審議会としての位置づけが必要である。

## 第5節 今後の課題

相談員にインタビューをして調査研究として明確にして欲しいと望まれた点は、「自分たちの仕事の中味をはっきりさせること」であった。どこまでが自分たちの仕事であるのか迷いながら、それでもクライアントの生活を支えるために、貧しい社会資源の中でも奮闘している相談員の生の声である。

こうした声に応えていくためには、相談員の仕事の範囲と内容を明確にしていくための「業務の標準化」へのアプローチが必要になってこよう。一つの相談事例の大まかな終結までにどのように取り組んだのか（関わった人々、費やした時間など）を実証的に検証しつつ、そこに自立支援協議会の事務局の仕事なども加味しながら、一人の相談員が1ヶ月にできる仕事の量を確定させるような研究が必要であろう。

このような研究を積み重ねつつ、次に大まかに人口比で何人の相談員が必要か。相談件数あたりで言えば、何人の相談員が必要かなどの指標が抽出できればと思う。

## 参考資料文献

・木全和巳・高山京子・長谷川忍(2008)「相談支援体制に関する地域調査——愛知県知多圏域（5市5町）を対象として——」竹島正主任研究者『精神保健医療福祉の改革ビジョンに関する研究』平成19年度総括・分担研究報告書 pp.166-187

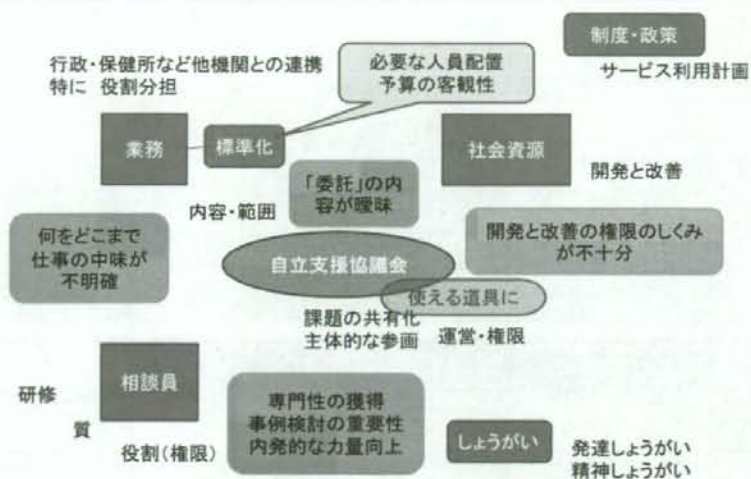
・木全和巳・高山京子・長谷川忍(2009)「相談支援体制に関する地域調査——愛知県知多圏域（5市5町）を対象として——」『福祉研究』No.99, pp.

## 1-21 日本福祉大学学内学会

・木全和巳(2008)『安心して豊かに暮らせる地域をつくる』全障研出版部  
・三菱総合研究所人間・生活研究本部  
ヒューマン・ケア研究グループ(2008)「サービス利用計画作成費の支給対象者を中心とした相談支援事業のあり方に関する調査研究報告書」三菱総合研究所  
・きょうされん相談支援事業部会準備会(2008)「障害者自立支援法施行にともなう『相談支援事業』実態調査結果」『2008年度相談支援事業研修会資料集』きょうされん

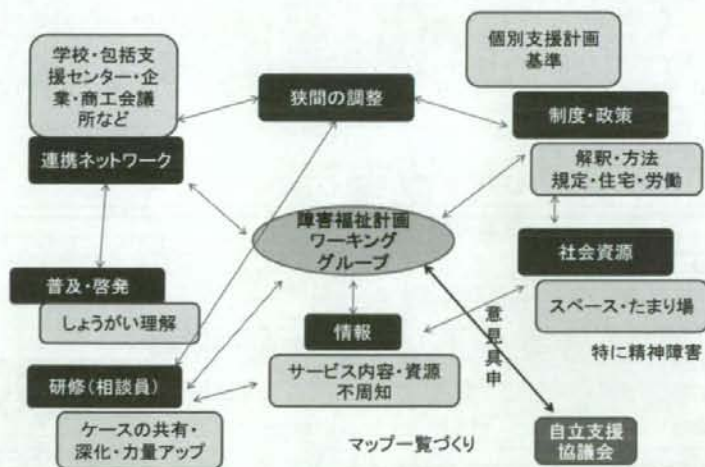
聴き取りにご協力いただいた愛知県知多圏域の相談員の方々には、心より感謝致します。

図2:北部課題



知多北部相談員ワークショップ(08/10/22)

図3:半田市課題



半田市相談員ワーク(08/11/14)



番号	課題1	課題2	課題3	課題4	課題5
1	福祉領域以外の地域支援者のネットワークが整備されていない 加工会議、不徹底、実務者など	情報が整理できていない 市役所から学校へ、学校から事業所へ	情報収集・記録の整理がうまくできていない ケースファイル	支援者が一人で抱え込んでしまう ケースも少なくない スーパービジョンの場が日常的にない	精神科医療との連携にかげがある 同じ土台に乗れない
2	事業者が提供するサービスが地域に結びついていない 事業にサービスにつながるシステム作り	サービス事業がこれまでとして 行ってきたサービス以外のサービス提供に際して連携的 特に精神障害	各関係機関の役割が明確化されていない 資源マップ(本人・家族用、支援者用)	地域連携の情報が共有できていない 統一された記録	福祉サービスの条件に地域格差がある 市役所でサービス料、内容が違う
3	障害者の状況の継続がむずかしい 特に精神障害、企業の呼び掛け	依頼が不十分である 市営住宅、保証人、居住サポート	障害者も社会もお互いにかばって作っている 企業、学校、地域	地域の学校間においても連携が不足している 発達障害の子どもの小・中への連携	適切なサービスに結びつけることがむずかしい 本人不在の他県支援会議
4	他機関との連携・情報の共有に課題がある	介護保険とのサービスの調整がうまくいっていない 地域包括支援センターとの連携	発達障害のある人たちへの支援がサービスと結びつかずむずかしい	障害者に対してはわかりやすいサービスが必要 自治体間の連携が不足している	相談者としてのスキルアップが課題である
5	一人職場 十分なケアマネジメント/ソーシャルワークができない 地域活動支援センターと養護施設併設増加を求められる	相談内容が多様化・複雑化していて 十分に対応できないこと 無償運営、人格障害、アスペルガー症候群、ひとり親家庭、世帯に複数の障害者主たる専門機関が不明確	地域に必要とされているサービスに 対応できていないこと 家族の抱え込み、近所性	市内の事業系の規模や組織の拡大が必要など 福祉の力量アップ 精神障害、就労	自立支援協議会の活性化が必要
6	職員体制が十分でないこと 相談件数の多さ 障害種別	専用の面接場所がないこと	個別対応ができるためのスキルアップが必要なこと ケース検討会	相談支援事業の評価の基準が必要であること 評価指標	現在の事業内容の拡大に向けての検討が必要であること ピアカウンセリング 居住サポート
7	相談員が不足していること 一人職場	障害の種類によって、担当者が必要なこと 精神障害	生活の場の確保の必要性 働いていない人の住居の確保	発達障害の支援についての力量が求められること	生活を通して適切なことのない 支援体制が必要なこと
9	障害者支援の特殊性と自立支援法の適合性に課題があること 児童福祉法、学校教育	相談支援に対する人員配置に課題があること ソーシャルワークの担い手不足	医療・保健・保育・教育・福祉の一貫した相談支援の必要性	相談支援の定義があいまいなこと 評価指標	自立支援協議会の会議が多いこと
10	系属外の企業など自立支援協議会の関係機関の整備 連携の不足 仕組み、システム	市などの社会福祉資源の統合の困難性 広域の方の支援の仕組みのなまめとの協働	指標事例に関するケアマネジメントの難しさ 指定相談支援事業所不足 サービス利用計画作成の遅	仕事の内容や仕事量などの相談員の業務の標準化 相談員の役割 業務内容	相談支援と直接の支援を法人として兼ねていること難しさ 人材不足
11	特に精神障害のケースなど、行政から直接ケースが紹介されてく保護所の役割、機能が不明 委託業務の内容の未整理	相談支援への支援の課題 他事業との連携 役割分担	自立支援協議会の事業推進業務の整理 業務の量	地域活動支援センターとの連携と職員力量アップ 人材(育成)	特に精神障害の相談員としての役割の弱さ 精神障害 障害理解の不足
12	地域にサービスを提供する事業所が少ないこと サービス利用計画作成の数の増えなさ	サービスの支給や受入るサービスのしにくい市街により違いがあること 地域格差 支援の基盤のあいまいさ	自立支援協議会における役割分担の協議の進め方 部会の役割、役割の調整	法定正がめぐるしく、内容を理解するのに時間がかかり、相談者に対して、適切に説明できない制度、施策の利用者への伝わりなさ	どこまで支援するのかがむずかしいこと 多く、支援力の弱さを感じる 相談員の専門性 相談員の役割
13	サービス事業者の人手不足のため、サービス提供に結びつかない	身体障害がある人の短期入居の受け入れが不足している 社会資源の絶対数不足	地域生活支援事業の内容や条件が、近隣の市町によって異なること 実施量の差異 事務量の増加	サービス提供者にケアプランを作成しても利用計画作成が得られないこと	サービス提供を促した法的障害のある加害者が入居した児童自立支援施設に更正プログラムが整備されていないこと 障害者の権利保護 関係機関との役割分担
14	複合的な問題を有する障害者の相談が増加したこと 行政の姿勢の変化 精神障害者増額	委託先の市町からのアセスメント以外に、直接的な訪問や同行に依頼が増加していること 委託相談支援事業とソーシャルワークとの連携	保健所との役割分担が不明確なこと 権限	相談員の力量が不足していること スーパービジョンの必要性	自立支援協議会の事業担当が拡大になっていること 地域格差 共有のむずかしさ
15	特に保護所との関係で業務範囲を超えるようなケースが出てきて 保護所の機能、役割	仕事の枠組みが固定化していく地域のソーシャルワーカーとしての役割がつかみにくい 委託業務の範囲	病院の精神保健福祉士の力量が十分でない	協議が多い 自立支援協議会の開催	整理されていないケース記録がある 記録化
16	夜間の緊急対応など業務の範囲が不明確である 委託業務範囲の不明確さ 役割と権限	発達障害のある人への支援など社会資源が少ない サービス提供に関する自治体格差 サービスのつなぎ目	自立支援協議会の運営、特に専門職の運営が事務局主導になってしまっている、主体性を引き出すのがむずかしい 多様な事業所連携サービス	サービス利用計画作成がつかないケースが多い 関係者との連携	委託というところでお任せになっていないこと 役割と役割分担がむずかしい 行政の役割 権限のなさ
17	相談支援事業者にすべて任せられる傾向にあり、ネットワークの形成がむずかしい 本人不在 支援者都合	相談支援事業についての業務の実際と求められることとのギャップが大きい 発達障害やひきこもり問題	空席任長から排除してほしいという相談など本来の当事者の側に向けた業務との間に乖離がある 本人不在 支援者都合	適切な支援対象者がヘルパー事業者から認められるような行動・意欲があり、調整がむずかしい 相談者の「バーンアウト(燃え尽き)」の防止 支援困難さ	相談支援を必要とするケースが増えている対応できない状況にある 障がい定義のむらがあり
18	システムとしての相談支援事業が十分に理解されておらず、お任せとなり、ネットワークと役割分担が形成されにくい 保護所、病院	サービスが足りない 居宅介護、ボランティア	精神障害のある人の場合は、傾聴や受容の必要が多く、直接福祉サービスにつなげる解決にはならないケースが多い 心理的サポート	相談支援センターの対応に課題があり、ネットワーク形成がむずかしい 世帯単位でみる視点の不足	自立支援協議会が活性化しない 増幅、交通(利便性)の課題
19	包括支援センターの対応に課題があり、ネットワーク形成がむずかしい 保護所	地域資源が乏しく、通所の中でどのようにニーズに対応していけるかの制度の柔軟な運用	行政の担当者の意識のレベルの違いが大きい 役割分担	相談支援事業の役割が明確でない	
20	地域域の課題の共有など、自治体との協働がむずかしい	自治体を含む関係機関の連携がむずかしい	関係機関の地域の課題の共有が困難である、特に自治体が関係の把握をいやがる傾向	事業者によるケアマネジメントの視点が不足している	自立支援協議会が制約化されている
21	関係機関内で地域の課題が共有されにくい 在宅サービスの不足の認識	視覚障害、重心など少数の障害者の声のいかに顕在化させるか	社会資源が不足している 障害者計画、障害福祉計画	自治体間問題の把握の度合いに温度差がある 役割分担、委託の内容の差	自立支援協議会が活性化しにくい
22	社会資源が少ない 人材不足	行政の理解が不十分 障害福祉計画	事業所間での役割と責任が不明確 本人不在		

表2: 主要な課題とサブカテゴリー一覧

知多圏域 相談員 経歴一覧

番号	年齢	性別	学歴	専攻	資格	相談支援 専門員	職歴	経歴	学会	
1	30	女性	大学	社会福祉		相談支援 専門員	①NPO5年 ②社福投産4年 ③相談支援2年	社会福祉現場9年 うち障害者福祉9年 うち相談支援2年		
2	36	男性	大学	社会福祉	社会福祉士 精神保健福祉士		相談現場6年	社会福祉現場6年 うち障害者福祉3年 うち相談支援6年	日本精神保健福祉 士協会	生活者としての普通の感覚を養い、福祉現場で生かせるようにしている
3	36	男性	専門学校 大学	社会福祉	社会福祉士		大学卒業後は一般企業にて営業と事務職、専門学校卒業後児童自立援助ホームで1年	社会福祉現場1年 うち障害者福祉3年 うち相談支援 年		
4	22	女性	大学	社会福祉			新卒	社会福祉現場 年 うち障害者福祉 年 うち相談支援 年		相談援助の経験はまったくないので、訪問や相談、ケース会議などに可能な限り出席させてもらい、対応の仕方などを学ぶようにしている
5	30	女性	大学	社会福祉	社会福祉士 精神保健福祉士 介護支援専門員	相談支援 専門員	精神障害者社会復帰施設PSW 精神科病院PSW 社協相談員 1.5年	社会福祉現場7年 うち障害者福祉7年 うち相談支援7年	日本精神保健福祉 士協会	学会、研修への積極的参加 インターネットなどによる情報収集・学習
6	49	女性	専門学校 大学	看護 法学	精神保健福祉士 看護師 保健師 介護支援専門員	相談支援 専門員	①保健業務 20年 ②社会福祉業務5年 ③相談業務1年	社会福祉現場5年 うち障害者福祉4年 うち相談支援21年	日本精神保健福祉 士協会 保健師学会	関係書物を読む 研修への参加 関係者との連携 事例関連の実施
7										
8	27	女性	大学	社会福祉	社会福祉士		①知的投産 1.6年 ②相談	社会福祉現場3年 うち障害者福祉1年 うち相談支援1年		
9	35	男性	大学院	心理	臨床心理士		①児童相談所 ②子どもセンター	社会福祉現場12年 うち障害者福祉11年 うち相談支援1年	日本心理臨床学会 日本精神分析学会 日本描画テスト描 画療法学会	なるべく幅広い芸術や理論を習得して、仕事のポジションやケースにあわせて適切な支援の方法が選べるようにしておく
10	52	男性	大学	心理	社会福祉士	相談支援 専門員	養護学校職員、身体障害者療 護施設、地域生活支援センター	社会福祉現場23年 うち障害者福祉23年 うち相談支援6年	日本社会福祉士会	
11	28	女性	専門学校		精神保健福祉士	相談支援 専門員	精神障害者生活支援センター 6.5年 総合支援センター相談 員1.5年	社会福祉現場8年 うち障害者福祉8年 うち相談支援1.5年		
12	50	女性	専門学校			相談支援 専門員	身体障害者療護施設6年 知的 障害者入所施設21年 相談支援事業1.5年	社会福祉現場29年 うち障害者福祉29年 うち相談支援1.5年		
13	42	男性	大学	(体育)			商社11年 介護老人施設介護職員6年	社会福祉現場6年 うち障害者福祉0年 うち相談支援0年		
14	44	女性	大学院	社会福祉	社会福祉士 精神保健福祉士 介護支援専門員	相談支援 専門員	障害者施設指導員1年 精神病 院5年 精神科クリニック1年 私的SW実践2年 精神障害者 地域生活支援センター6.5年 相談支援事業1.5年	社会福祉現場15年 うち障害者福祉15年 うち相談支援14年	日本社会福祉学会	
15	30	女性	専門学校 大学	社会福祉	社会福祉士 精神保健福祉士		社会福祉法人・医療法人の総 合窓口2年 精神病院4年	社会福祉現場6年 うち障害者福祉6年 うち相談支援6年		
16	30	女性	大学	社会福祉	社会福祉士 介護支援専門員	相談支援 専門員	社協介護支援センター4年 知的 障害者授産施設1.5年 地域生 活支援センター1年10ヶ月	社会福祉現場6年 うち障害者福祉3年 うち相談支援5.5年		
17	52	男性	大学	社会福祉	社会福祉士 介護支援専門員	相談支援 専門員	身体障害者療護施設16年 知的 障害者入所施設20年 相談 支援事業3年	社会福祉現場29年 うち障害者福祉29年 うち相談支援3年		
18	53	女性	大学	社会福祉	精神保健福祉士	相談支援 専門員	障害者施設指導員2年 授産施設指 導員1年 精神病院のSW6年 保健所 精神保健相談員9年 精神保健福祉 センター相談員5年 精神障害者地域 生活支援センター8年	社会福祉現場31年 うち障害者福祉31年 うち相談支援28年		
19	43	女性	大学 専門学校	文学部	精神保健福祉士	相談支援 専門員	会社員2年 精神障害者地域生活支援セン ター8年	社会福祉現場8年 うち障害者福祉8年 うち相談支援8年	日本精神保健福祉 士協会	
21	26	女性	大学	社会福祉	社会福祉士		NPO法人6年	社会福祉現場4年 うち障害者福祉4年 うち相談支援2年		
22	29	男性	専門学校 大学	社会福祉	社会福祉士	相談支援 専門員	障害者デイサービス1年 NPO 法人6年	社会福祉現場6年 うち障害者福祉6年 うち相談支援1年		先輩を手本にする

表1: 働き取りした相談員一覧

相談員の課題

抽出カテゴリー	サブカテゴリー	5	4	3	2	1	コマ合計	%	点数合計	%	加重平均
相談員	専門性／業務	3	6	4	7	5	25	25	70	22.7	2.8
連携(ネットワーク)	役割分担	8	3	4	2	2	19	19	72	23.4	3.79
社会資源	不足／開発	4	7	2	3	0	16	16	60	19.5	3.75
自立支援協議会	活性化／形骸化	1	0	3	1	6	11	11	22	7.1	2
「障害」特有	精神障害／発達障害	2	2	3	0	3	10	10	30	9.7	3
制度施策	矛盾／格差	1	1	1	3	3	9	9	21	6.8	2.33
情報	共有化	1	1	1	2	0	5	5	16	5.2	3.2
自治体	委託内容	1	1	2	1	0	5	5	17	5.5	3.2
							100		308		

表3:相談員の課題



平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」

分担研究報告書 4

精神障害者の、障害者自立支援法における総合的な自立支援システムの

利用の実態に関する研究

—精神障害者保健福祉手帳に関する調査—

研究分担者 野中 猛（日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科）

研究協力者 田引 俊和（北陸学院大学人間総合学部社会福祉学科）

吉田みゆき（同朋大学社会福祉学部社会福祉学科）

二本柳 覚（日本福祉大学社会福祉実習教育研究センター）

## 1. 研究目的

精神保健医療福祉の改革ビジョンに関連し、精神障害者保健福祉手帳（以下、手帳とする）の取得・利用状況、および手帳に対する意識やとらえ方の特徴を分析し、地域精神保健の充実に向けた改善策を探ることを目的とする。特に手帳の取得状況と福祉サービスとの関連性、あるいは手帳の位置づけや手帳取得に対する意識に着目し、その実態と改善すべき点を明らかにする。

## 2. 研究方法

本研究ではまず全国の都道府県、および政令市における手帳の「取得率」について算出を試みた。その上で、手帳取得率について特徴的な地域を選定し、それぞれの地域で手帳業務に携わる担当者に直接インタビュー調査を行なった。質問項目については、各自治体の福祉サービスに関する資料と本研究会での提案に基づいて 10 項目を作成し、半構造化面接により回答を得て内容を記録した。具体的な質問項目は、①障害福祉サービスにおけるこの地域の特徴、②この地域での手帳の位置づけ、③この地域で手帳をもつことの効果・影響、④現行の手帳サービスになるまでの歴史的背景、

⑤周辺の社会資源との関係、⑥特に面倒見のよい施設やソーシャルワーカーなどの存在、⑦障害認定区分との関係、⑧身体・知的障害の手帳との関係や格差、⑨この地域の手帳取得率に対する認識、⑩手帳制度への課題、要望である。

加えて、サービスに関わる専門スタッフの、手帳に対する意識やとらえ方の特徴を把握するために、選定した地域内の全ての精神科医療機関、精神障害者社会復帰施設、および関連福祉施設を対象として調査票を用いた量的調査を実施した。調査票の質問項目については、前述のインタビュー調査で得られた回答と本研究会からの提案を参考に、最終的に手帳に関するもの 33 項目と、障害者自立支援法に関する質問 31 項目を作成して郵送法により配布回収した。

なお、手帳取得率については明確な数値がないためここでは暫定的に、通院医療費公費負担制度承認数（平成 17 年）と入院患者数（平成 16 年 6 月 30 日）の合計に占める手帳交付者数（平成 17 年）の割合を用いた。

### 3. 研究結果

手帳取得率を確認した結果、都道府県（政令指定都市を除く）の平均は 47.8%、政令指定都市（静岡市を除く）の平均は 56.7%であった。このうち本研究では手帳取得率の高い山梨県（78.1%）と愛知県（64.0%）、低い愛媛県（34.5%）、平均的な新潟県（49.6%）、政令指定都市の代表として名古屋市（66.7%）を調査対象地域とした。

5つの地域での手帳サービスに関するインタビューで目立ったものは、山梨県の重度障害者医療費助成（手帳1・2級所持者の通院・入院費自己負担分および食事療養費助成）と、名古屋市の福祉医療（手帳1級所持者の入院費全科無料）・福祉乗車券（名古屋市営地下鉄・市バス無料パスを発行、手帳1・2級所持者には介護者用パスも交付）であった。その他、各自治体が独自に付加しているサービスについては地域間で違いもみられたが、概して今の手帳サービスの状況については十分ではないという認識であり、同時に、もともと福祉的な視点で長い歴史を持つ身体・知的障害の手帳サービスとの差を感じていることが伺えた。同様に、手帳制度の課題、要望に関しては、どこに住んでいても同じサービスが受けられること、他の障害と差がないことが述べられている他、新潟県、愛媛県では特に交通に関係するサービスの必要性を挙げている。また、愛媛県については、目立った交通費の助成も行なわれていないうえに、専門職者側も手帳制度の利点を意識して積極的に手帳の取得を勧めているという印象ではなかった。

続いて、5つの地域内全ての精神科医療機関、精神障害関連福祉施設を対象に調査票を用いた量的調査を実施した。郵送法

により配布、回収を行い合計配布数は 788、回収は 316（回収率 40.1%）であった。はじめ手帳に関する 33 の質問項目について因子分析を行なった結果、6つの因子が抽出された。各因子はそれぞれ、「因子Ⅰ：手帳取得の効果」、「因子Ⅱ：手帳とサービス利用」、「因子Ⅲ：手帳サービスの理解」、「因子Ⅳ：消極的・否定的意識」、「因子Ⅴ：等級判断・認定区分」、「因子Ⅵ：取得への意識」と確認され、6因子の累積寄与率は 52.741%であった（表1）。

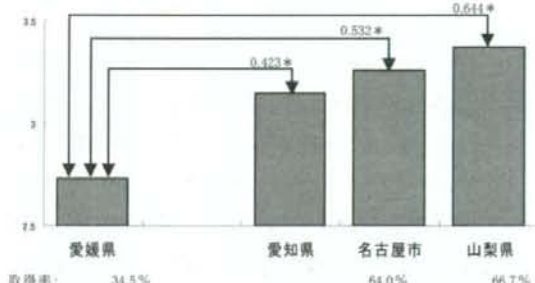


図1: 多重比較結果(因子Ⅰ「手帳取得の効果」と地域比較)

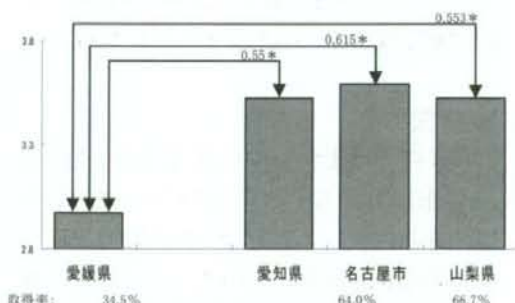


図2: 多重比較結果(因子Ⅲ「手帳サービスの理解」と地域比較)

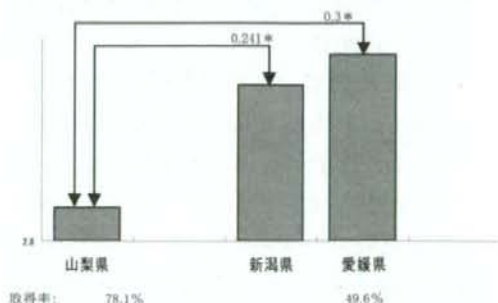


図3: 多重比較結果(因子Ⅳ「消極的・否定的意識」と地域比較)



その上で、本研究で対象とした5つの地域について各因子の得点を用いて多重比較を行なった結果、3つの因子で地域間の差が確認できた。具体的には、手帳取得による効果や、取得による良い影響に関する意識である因子Ⅰの「手帳取得の効果」は、手帳取得率の低い愛媛県が山梨県、名古屋市、愛知県と比べて低くなっている(図1)。同様に、因子Ⅲの手帳取得により利用できる「サービスについての理解」でも愛媛県は山梨県、名古屋市、愛知県に比べて低いことが確認できた(図2)。逆に、因子Ⅳである手帳取得に対する「消極的・否定的な意識」については、取得率の高い山梨県が低くなっていることが確認できた(図3)。

#### 4. 考察

今回の調査から手帳の取得率には各地域間で差がみられ、その要因として法律に定められた手帳サービスに各自治体が付加した独自のサービスの有無と、手帳業務や医療や福祉サービスに携わる専門スタッフの意識が関係していることが確認できた。

たとえば、手帳取得率の高い山梨県と名古屋市では医療費の無料化が実現されており、さらに名古屋市では地下鉄・バスに乗りできる市営交通の無料バスが発行されている。これらは他の自治体では行われていない独自のサービスであり、高い取得率の背景にはこういった手帳に付加されている具体的なサービスとの関係があるといえる。同じく、取得率の高い山梨県では関係する専門職者が手帳サービスについて共通の認識と理解を持って利用者に説明している他、手帳取得に対する消極的・否定的な意識も低いことが確認できた。これとは対称的に、手帳取得率の低い地域では具体的に利用できるサービスが十分でないという背

景とともに、実際に医療や福祉に従事するスタッフ側も手帳を取得することの意義を見出せていない傾向にあることが伺え、サービス提供者側の意識と手帳の取得率は大きく影響し合っていることが確認できた。

このような手帳取得に対する専門職スタッフ側の意識は、そのまま医療や福祉の場面で大きな不利益に結びつくことはないかもしれないが、地域精神保健福祉の内容に差を生じさせる一つの要因となってしまうことも懸念される。関連して、精神障害では長期にわたる治療や継続したりハビリテーション、あるいは福祉サービスの利用が必要であり、同時に当事者や家族のニーズに連動したサービスの拡充が求められ、そのためには皆が理解できる指標が不可欠だと考えられる。現在では、手帳制度のほかに障害者自立支援法での障害認定区分という基準も導入されているが、新しい仕組みでもありどちらが適しているのか結論を出すまでには至らない。このため、その位置づけや捉え方に違いがあるとはいえ従来からの手帳制度は一つの共通のツールとして、共通言語として今しばらく一定の役割を担い続けるものと思われる。いずれにしても今後、利用する側のニーズに合った地域精神保健福祉を実現するためにも手帳サービスや、関係するスタッフの手帳取得に対する意識の地域間格差はもう少し縮小されるべきだといえる。

最後に今回の調査では明らかにできなかった点と継続研究への課題に触れておく。まず、地域精神保健福祉と手帳サービスのあり方について今回は県全体という枠組みで調査を行なったが、これを市町村、あるいは福祉サービスの圏域といった単位を対象とすれば別の結果が得られた可能性は否定できない。また、各地域の社会福祉行政、



社会保障行政の特徴や、障害者自立支援法による障害認定区分の導入具合、認知度といった点との関係も十分検討できていない。これらは今後、検討要因に加えるべきだと考える。

併せて、今回は手帳業務や医療・福祉に携わる専門スタッフを対象に調査を実施し考察を試みたが、当事者・家族の視点でも同様の調査をする必要があると考える。行政やサービスを提供するスタッフ側が考えている手帳サービスや地域精神保健福祉への意識と、実際に手帳を取得し、あるいは地域の精神保健福祉サービスを利用する側にある当事者・家族の意識やニーズがどのような関係にあるのか引き続き検討課題としたい。また、今回の調査では各地域間で手帳の取得率や専門スタッフの手帳に対する意識に一定の差があることが確認できたが、このことが利用者の退院促進や地域での生活に具体的にどう影響しているのか今後明らかにしていく必要があると考える。

表1: 精神障害者保護福祉手帳の捉え方の因子分析結果

精神保健福祉手帳に関する質問項目	平均値 (標準偏差)	I	II	III	IV	V	VI	共通性
<b>因子 I: 「手帳取得の効果」 3.08 (0.602)</b>								
手帳を持つことは結果的に生活の質を高めることにつながる	0.753	-0.031	0.184	-0.176	-0.069	0.024	0.638	
手帳を持つことは結果的に治療の成果を高めることにつながる	0.741	-0.066	0.095	-0.061	-0.078	0.115	0.585	
手帳を取得すれば社会参加につながりやすい	0.727	0.095	0.002	-0.243	-0.046	0.046	0.602	
手帳を持つことは退院促進につながる	0.672	-0.031	0.155	0.077	-0.027	0.187	0.518	
手帳の取得は退院後の生活に必要である	0.636	0.100	0.408	-0.113	-0.033	0.010	0.594	
手帳の取得は退院後の通院治療に必要である	0.604	0.033	0.429	-0.099	0.090	-0.102	0.578	
手帳はまず「持つこと」に意義がある	0.509	-0.050	0.169	0.234	0.050	0.462	0.561	
今後、精神保健福祉手帳の必要性は拡大していく	0.463	0.407	0.205	-0.184	-0.082	0.205	0.121	0.478
手帳の取得には患者・利用者にとって心的受容の面で効果がある	0.445	0.158	-0.082	-0.197	0.129	0.371	0.423	
手帳の取得と、医療サービスの利用には関連性を持たせるべきである	0.409	0.321	0.023	0.133	0.211	-0.052	0.337	
<b>因子 II: 「手帳とサービス利用」 4.14 (0.597)</b>								
手帳の取得により利用できる福祉面でのサービスを拡大すべきである	0.558	0.849	0.103	-0.006	0.026	0.027	0.737	
手帳の取得により利用できる医療面でのサービスを拡大すべきである	0.093	0.752	0.066	-0.088	0.019	-0.100	0.596	
手帳を持っていても利用できるサービスが少ない	-0.187	0.659	0.055	0.332	-0.018	-0.005	0.582	
手帳の取得と、福祉サービスの利用には関連性を持たせるべきである	0.177	0.621	0.064	0.120	0.218	-0.012	0.483	
精神保健福祉手帳は、他の障害手帳よりも利用できるサービスが少ない	-0.210	0.573	0.167	0.298	-0.096	-0.018	0.499	
<b>因子 III: 「手帳サービスの理解」 3.37 (0.630)</b>								
手帳を取得することの利点は関係者で共有している	0.246	0.018	0.716	-0.048	0.028	0.088	0.585	
患者・利用者に対しては手帳を取得することの利点は十分説明している	0.093	0.207	0.650	-0.199	0.093	-0.050	0.525	
自分はこの地域での手帳を取得することによる利点を把握している	-0.106	0.345	0.588	-0.263	-0.077	0.137	0.570	
患者・利用者には手帳の取得をすすめている	0.288	0.167	0.571	0.191	-0.183	0.262	0.575	
患者・利用者は手帳の医療費助成サービスを活用している	0.321	0.107	0.542	-0.193	0.016	0.036	0.448	
手帳の取得は病院での入院生活に必要である	0.384	-0.139	0.447	-0.016	0.123	-0.182	0.415	
<b>因子 IV: 「消極的・否定的意識」 3.03 (0.421)</b>								
患者・利用者は手帳の交通機関利用サービスを活用している	0.220	-0.060	0.325	-0.620	0.022	-0.046	0.544	
正直、手帳を取得しても特にメリットがあるとは思えない	-0.453	0.174	-0.226	0.616	0.048	0.128	0.685	
患者・利用者にとって手帳の取得に関する手続きが大変だと思ふ	0.159	0.152	0.023	0.516	0.106	-0.059	0.330	
患者・利用者は手帳で利用できるサービスを理解していると思ふ	0.223	0.048	0.111	-0.498	0.099	0.352	0.447	
利用できるサービスが十分でないので手帳の取得にはあまり意味がない	-0.452	0.176	-0.219	0.493	0.177	-0.050	0.560	
<b>因子 V: 「等級利用・認定区分」 3.132 (0.524)</b>								
サービス利用においては手帳よりも障害認定区分の方が重要だと思ふ	-0.148	-0.033	-0.096	0.173	0.895	-0.051	0.548	
手帳の等級よりも障害認定区分の方がサービス利用に影響する	-0.064	0.157	0.045	0.163	0.648	-0.212	0.522	
精神保健福祉手帳 (以下、手帳) の等級の判定方法は妥当である	0.038	0.077	0.071	-0.195	0.565	0.360	0.500	
手帳の等級と、その等級で利用できるサービスは合致していると思ふ	0.163	-0.073	0.143	-0.321	0.503	0.299	0.498	
<b>因子 VI: 「取得への意識」 3.40 (0.554)</b>								
手帳のサービス利用について、関係者は同じ説明をしていると思ふ	-0.008	0.064	0.419	0.117	0.063	0.600	0.557	
患者・利用者にとって手帳の取得には心的な抵抗があると思ふ	-0.075	0.151	0.095	0.133	0.081	-0.546	0.360	

累積寄与率 52.741%

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」

分担研究報告書 5

精神障害者の、障害者自立支援法における総合的な自立支援システムの  
利用の実態に関する研究

—地域体制整備コーディネーター調査—

研究分担者 野中 猛（日本福祉大学社会福祉学部保健福祉学科教授）

研究協力者 長縄 献（日本福祉大学大学院）

## 1. 研究目的

平成 20 年度より新たに施行された精神障害者地域移行支援特別対策事業（以下、事業と記す）では、主に個別支援を行う地域移行推進員に加え地域体制整備コーディネーター（以下、コーディネーターと記す）が創設された。コーディネーターは、精神障害者の地域移行を促進するための調整役として注目されている。しかし実施初年度にあたる現時点では、その実態は不明な点が多い。

そのため、本研究では①全国の配置状況をモニタリングするために概況を整理・分析する、②コーディネーター構想の原型とされる長野県の聞き取り調査を通して、コーディネーターが有効に機能するための必要条件を明確化することを目的としている。

## 2. 研究方法

①のモニタリングには、厚生労働省からの依頼で平成 20 年度に社団法人日本精神保健福祉士協会が実施した全国調査のデータを用いた。2008 年 12 月時点では、一部は調査中で公開前のデータではあるが、全国の現状を知ることのできる唯一のデータである。そのため特別に許可を得て、全都道府県におけるコーディ

ネーター配置の有無、人数、所属機関、職種などを分析した。

②は、長野県の地域移行を推進してきた中心人物の 1 人である長野県西駒郷地域生活支援センターの大池ひろ子所長の協力を得て 1 時間 40 分に渡る聞き取り調査を実施した。

## 3. 研究結果

### 1) コーディネーターの全国概況

全国の平成 20 年 12 月現在のコーディネーター配置状況をみると、配置している都道府県が 28 箇所（59.5%）、配置していない都道府県が 15 箇所（31.9%）、不明又は調査中が 4 箇所（8.5%）であった。（図 1）コーディネーターを配置している都道府県の 1 都道府県あたりの人数は、1 人以上 3 人未満が 4 箇所（14.2%）、3 人以上 5 人未満が 6 箇所（21.4%）、5 人以上 7 人未満が 6 箇所（21.4%）、7 人以上 9 人未満が 6 箇所（21.4%）、9 人以上 11 人未満が 1 箇所（3.5%）、11 人以上が 4 箇所（14.2%）であった。（図 2）ただし埼玉県は人ではなく保健所をコーディネーターとして位置づけているため、配置の有無では「有」に分類されているものの人数は 0 人となっている。配置人数の最多は大阪府で 60 人、次いで北海道