

表1 2007年11月1か月間のトップページ上のクリック先とクリック回数

| クリック先 URL                     | 回数 |
|-------------------------------|----|
| 改革ビジョンとは                      | 24 |
| 研究の状況                         | 14 |
| データからみる全国と都道府県のすがた            | 9  |
| English(英語版ページ)               | 7  |
| 関連研究の紹介                       | 6  |
| ライフステージに応じたこころの相談・支援ガイドライン*   | 6  |
| ホーム(トップページ)                   | 6  |
| こころとからだの健康についての国民意識の実態に関する調査* | 3  |
| リンク集                          | 3  |
| 海外の情報                         | 3  |

注) トップページ上の主なリンク先のクリック回数を示した。

\* 関連研究の紹介において紹介されている個別の研究名(成果物)である。

お、公共に資することを目的とするページであることから、個人のウェブサイトへのリンクは行わなかった。

ウェブサイトは、作成し公開するだけでなく、公開後も定期的に更新し、最新情報を提示し続けることが重要である。サイトを公開した後、関連研究に関する情報が追加されると更新を重ねた。いくつかの項目については先述したが、その他にも、「こころのバリアフリー宣言」<sup>9)</sup> 啓発資料として作成されたポスターの掲載およびダウンロードを開始した。また「データからみる都道府県のすがた」のページにグラフを掲載し、内容の平易さや把握しやすさに配慮し利用しやすさを高める工夫を加えた。海外の情報や研究情報に関しても、情報が提供されるごとに内容を更新した。

なお、コメント収集用のフォームや、掲示板などコミュニケーション機能を向上させるような技術は適用しなかった。本ウェブサイトは研究班事務局体制で運用しており、対応能力に限界があるためである。内容に対する意見や提案に関しては、電子メールを用いて対応するシステムをとっており少数の問い合わせを得ているが、特に不都合との訴えはなかった。

### 3. アクセス解析について

実際の情報へのアクセス状況および活用具合について検討するため、アクセス解析を行った。結果は以下の通りである

#### 1) トップページの1か月間の閲覧回数(開設者所属機関内からの閲覧を除く)

トップページの2007年11月1か月間の閲覧回数は、延べアクセス回数が403回、その日ごとのユニークアクセス数(1日の中で同一IPから複数回アクセスされた場合のアクセス回数を1回とする場合)は同じく1か月間で191回であった。

#### 2) 主なページの閲覧数

次に、トップページ上に貼られたリンクが2007年11月1か月間にそれぞれどの程度クリックされていたかを検討した結果を表1に示す。「改革ビジョンとは」が24回、「研究の状況」14回、「データからみる全国と都道府県のすがた」が9回、「関連研究の紹介」6回、「海外の情報」、「リンク集」が各3回などであった。

#### 3) 主な検索キーワード

2007年11月1か月間の各検索語による検索数を表2に示す。総検索数は103件であった。最も多かった検索語は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」であり、検索数は28回であった。また「改革ビジョン」を検索語に入れた検索が多くみられ、総検索数の73.8%(76回)を占めていた。また「目で見える精神保健医療福祉」、「こころとからだの健康についての国民意識」など、個別の研究成果を検索語として検索して当ページにアクセスしたのも数件みられた。

表2 2007年11月1か月間に検索によりトップページにアクセスしたものの検索語とその回数

| 検索語の概要  | 検索回数 |
|---|------|
| 「改革ビジョン」の語句を含むもの(「精神医療福祉の改革ビジョン」など)               | 76   |
| 「こころのバリアフリー」「ポスター」の語句を含むもの(「こころのバリアフリー宣言 ポスター」など) | 3    |
| 個別の研究や調査についての検索語                                  |      |
| こころとからだの健康についての国民意識                               | 5    |
| 目で見える精神保健医療福祉                                     | 4    |
| 精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究                          | 1    |
| わが国の精神保健  | 1    |
| その他   | 13   |
| 合計  | 103  |

#### 4) IPホストから把握可能な閲覧者の所属

表3に、2007年11月1か月間にトップページに2回以上アクセスしたIPアドレスについて、検索ロボットを除き把握可能なホストを属性ごとに分類したものを示す。6機関が大学であり、11機関が自治体、4機関が精神保健関係のその他団体(大学以外の研究機関や学術団体など)であった。またその他不明を含めた個人IPアドレスからの接続は64か所であった。

### 考察

改革ビジョン研究を、関連情報を一般共有しながら展開していくために、ウェブサイトを作成した。ウェブサイト開設にあたっては、情報の管理、公共性の維持、双方向性を高める工夫が課題となった。以下、それぞれについて考察を重ねる。

情報の管理の点では、主なコンテンツについては、関連研究に従事している研究者に対し協力を依頼し内容の充足やアップデートに努めるとともに、事務局担当者複数名で内容の確認を繰り返す、間違いや不正確な表現が指摘されればただちに修正をしている。このように、ウェブサイト開設後は月に1回程度は情報の追加・更新を行っており、情報の管理は適切に行うことができたといえよう。

公共性の維持の点では、政治的な中立性を保持し、営利性を排除する必要があるため、内容は精神保健医療福祉政策に関する情報と研究情報に限定し、たとえば先駆的な取り組みや充実した内容で

表3 2007年11月1か月間にトップページに2回以上アクセスした機関別集計

|     | 機関数 | 総アクセス数 |
|-----|-----|--------|
| 大学  | 6   | 35     |
| 自治体 | 11  | 42     |
| 団体  | 4   | 22     |
| 個人  | 64  | 229    |

注) 「団体」とは、大学自治体以外の研究機関や学会など組織などをさす。

あったとしても、個人や営利団体に関する情報は提供しなかった。なお、篤志の研究者の協力によって内容は徐々に充足しているものの、精神保健医療福祉に関連するすべての研究情報を収集できたわけではなく、公共性を高める工夫は今後も必要であろう。

双方向性を高める工夫については、ウェブサイトから直接意見収集を行う方法がメールのみであり、それ以外のコミュニケーションツールは設定していないため、閲覧者の意見を十分に把握しづらい。そこで今回、アクセス解析を行った結果、利用者の中には大学や自治体関係者、その他精神保健福祉に関連する団体に属しているものがみられ、本サイトが主対象としている地域の精神保健福祉計画立案に携わったり、それを支援したりする立場の人々が一定程度利用していることが明らかとなった。また、検索キーワードからも、精神保健医療福祉や「改革ビジョン」に関心を持つ人々からのアクセスが多いことが示された。また、「改革ビジョン」の紹介を中心に研究の状況や関連研究、個別研究の成果についても関心が示されており、

本サイトの一定の有用性が示唆された。ただし、トップページのみ閲覧者が多く、サイト滞在時間を高める工夫の必要性が示唆された。公的機関からのアクセスが比較的多かったことから、利用者のニーズに応じていくためには、市区町村の担当者にとって、政策を実現させていくうえで有用な資料の拡充に努めることが重要であることが示唆される。なお本研究では 1 か月間のアクセス解析データを用いたが、今後も継続的に同様の評価を重ね、内容の充足に役立てたいと考えている。

本研究では改革ビジョン研究に関してウェブサイトを開設し、そのアクセス解析を行った。情報の管理、公共性の保持については一定の工夫が重ねられており、双方向性の観点からは本サイトが主な対象者に設定している人々がアクセスしており、研究情報や成果の提供が一定のニーズに応えていると考えられた。

今後有用性を高めていくために、さらなる情報掲載の仕方を工夫する必要があるだろう。本ページは、検索エンジンでは「改革ビジョン」をキーワードにすれば比較的上位に上がるが、「精神保健福祉」といった一般的な単語では必ずしも上位には示されない。精神保健福祉計画立案に携わる現場従事者にとって、アクセスしやすい用語や内容を検討していく必要があるだろう。全国で精神保健医療福祉の改革に取り組んでいる現場従事者の方にも、活用いただけるようにできれば幸甚である。

本研究は、平成 18 年度および 19 年度厚生労働科学研究研究費補助金(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(主任研究者:竹島正)」の助成を受け実施された。

ウェブサイト作成にあたり、関連情報についてご提供いただきました各先生方に感謝申し上げます。

#### 文献

- 1) 長谷川旭, 小橋一秀, 森博: アクセスログ解析による Web サイトの効果的な管理について. 名古屋文理大学紀要 6: 79-84, 2006
- 2) 木内貴弘: UMIN のめざす臨床研究支援情報サービス. 最新医学 58: 1871-1875, 2003
- 3) 厚生労働省心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会: 「こころのバリアフリー宣言」—精神疾患を正しく理解し, 新しい一歩を踏み出すための指針—(2007 年 3 月に <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0331-4.html> より入手)
- 4) 厚生労働省精神保健福祉対策本部: 精神保健医療福祉の改革ビジョン(2007 年 3 月に <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> より入手)
- 5) 中武貞文, 猿渡映子, 星川裕子: 産学連携に関する情報提供を目的としたホームページの運用データの分析. 研究・技術計画学会年次学術大会講演要旨集 21: 475-478, 2006
- 6) 奥沢英一, 濱田篤郎, 打越暁, 他: SARS ホットライン・WEB に掲載された SARS 関連情報の利用状況. 日本医事新報 4136: 29-32, 2003
- 7) 佐居由美, 中山和弘, 小松浩子, 他: 市民と看護をつなぐコミュニティサイト「看護ネット」のアクセスログからみた利用者のニーズの把握. 医療情報学連合大会 25 回論文集: 1231-1232, 2005

## 学会告知板

### 第 5 回ウィメンズメンタルヘルス研究会

テーマ 働く女性のメンタルヘルス

会期 2008 年 11 月 29 日(土) 11:00~18:00

会場 北里大学薬学部キャンパス講義室(1402 講義室)

会長 岡野渚治(三重大学教授・保健管理センター)

参加費 2,000 円

問合せ先 ウィメンズメンタルヘルス事務局(社会福祉法人新樹会創造出版内)

(☎ 151-0053 東京都渋谷区代々木 1-37-4 長谷川ビル 2F)

☎ 03-3299-7335 Fax 03-3299-7330 e-mail sozo9@gol.com

原著論文

# 各都道府県の1年未満在院患者群の退院に関する指標 「平均残存率」に関連する要因の検討

小山明日香, 小山智典, 立森久照, 野田寿恵, 竹島 正

「1年以内の退院（残存）曲線が囲む面積と同じとなるよう、各月の残存率を平均したもの」であるとされている。つまり、ある1カ月間に新規に入院した患者について、その後1カ月ごとに残存率（どれだけの方が退院せずに継続して在院しているか）を算出し、12カ月間の平均を算出したものが平均残存率となる。そのため、平均残存率に毎年新規入院患者を乗じて得た数が、1年以内入院患者にかかる必要病床数となる。この目標が掲げられた背景には、新規に入院する患者について、入院中の処遇の改善や患者のQOLの向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促すという考え方があり。

平均残存率という考え方は、近年わが国で新たに提唱された指標であるため、その指標に影響をもたらす要因について検討した研究はこれまでにないが、入院期間と関連する要因について検討した研究はいくつかある<sup>1-3)</sup>。例えば、藤田ら<sup>1)</sup>は、平均残存率と同じく入院後1年未満の患者での非退院リスクが高い患者特性として、男性、高齢者、認知症、統合失調症、精神遅滞を挙げている。しかしながら、平均残存率という指標は都道府県単位で算出する指標であるため、患者個人の特性との関連を検討するよりは、都道府県単位でその地域の保健医療福祉の状況や精神的資源等（デイケア、入所施設、通所施設等）との関連を調べるのが重要であると考えられる。また、「改革ビジョン」では各都道府県の平均残存率が一律に24%以下となるよう目標が定められているが、都道府県はそれぞれ保健医療福祉の状況が異なっており、目標が達成されやすい県もあればそうでない県もある。そこで、都道府県単位での平均残存率に関連する要因を探ることで、各県の平均残存率の目標達成のための手がかりが見つかる可能性がある。

都道府県の保健医療福祉の状況を把握するための調査の1つに、通称「630調査」と呼ばれている調査がある。これは、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課（旧精神保健福

祉課）が、毎年6月30日付で、精神保健福祉課長から都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に「精神保健福祉関係資料の作成について」という文書依頼を行い、全国の精神科病院、精神科デイケア等の状況についての資料を得ているものである。この情報収集はわが国の精神保健医療福祉の現状を把握し、施策推進の資料とすることを目的としており、全国の精神科病院、社会復帰施設等の協力によって継続され、わが国の精神保健福祉に関する貴重な資料となっている。

本研究は、「630調査」の結果をもとに、各都道府県の平均残存率に関連する要因を特定し、新規入院患者の早期退院に向けての適切な体制整備のあり方について示唆を得ることを目的とする。

### 研究対象および研究方法

本研究は、平成16年度「630調査」の県別集計値をもとに、データを二次解析したものである。なお「630調査」の結果は、「精神保健福祉資料」という、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課（現：精神・障害保健課）が平成16年6月30日付で各県に報告を依頼した、精神科病院等の現況に関する報告書にまとめられている。

#### 1. 使用した変数

対象となる47都道府県について、本研究で使用した変数は以下のとおりである。人口は、平成16年の人口動態調査<sup>5)</sup>より、平成16年10月1日現在の推計人口を用いた。

#### 1) 平均残存率

平成15年6月1カ月間の精神科病院の新規入院患者数と、その後1年の月別退院患者数をもとに、平均残存率を算出した。平均残存率の算出方法の詳細については、著者らの研究報告書<sup>6)</sup>を参照していただきたい。

#### 2) 平均残存率に関連すると想定される要因

指標となる26変数については、その詳

表1. 各指標の詳細と算出方法

| 変数名            | 詳細                        | 算出方法など  |
|----------------|---------------------------|---|
| 万対病床数          | 人口1万人あたりの精神病床数            | $\frac{\text{精神病床数}}{\text{推計人口(万人)}}$  |
| 病院規模           | 1病院あたりの精神病床数              | $\frac{\text{精神病床数}}{\text{精神科病院数}}$  |
| 精神療養病床割合       | 精神病床数に占める精神療養病床の割合        | $\frac{\text{精神療養1病床数} + \text{精神療養2病床数}}{\text{精神病床数}} \times 100$   |
| 医師あたり患者数       | 医師1人あたりの在院患者数             | $\frac{\text{精神科病院在院患者数}}{\text{医師数}}$ ※非常勤を含む  |
| 看護師あたり患者数      | 看護師1人あたりの在院患者数            | $\frac{\text{精神科病院在院患者数}}{\text{看護師数} + \text{准看護師数}}$ ※非常勤を含む  |
| コメディカルあたり患者数   | コメディカルスタッフ1人あたりの在院患者数     | $\frac{\text{精神科病院在院患者数}}{\text{作業療法士数} + \text{PSW数} + \text{臨床心理技術者数}}$ ※非常勤を含む                               |
| 20歳未満割合        | 入院患者に占める20歳未満である者の割合      | $\frac{\text{そのうち20歳未満である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$  |
| 65歳以上割合        | 入院患者に占める65歳以上である者の割合      | $\frac{\text{そのうち65歳以上である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$  |
| 措置入院割合         | 入院患者に占める措置入院である者の割合       | $\frac{\text{そのうち措置入院である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$   |
| 医療保護入院割合       | 入院患者に占める医療保護入院である者の割合     | $\frac{\text{そのうち医療保護入院である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$   |
| 任意入院割合         | 入院患者に占める任意入院である者の割合       | $\frac{\text{そのうち任意入院である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$   |
| F0割合           | 入院患者に占める器質性精神障害である者の割合    | $\frac{\text{そのうち器質性精神障害である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$  |
| F1割合           | 入院患者に占める物質関連障害である者の割合     | $\frac{\text{そのうち物質関連障害である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$   |
| F2割合           | 入院患者に占める統合失調症圏である者の割合     | $\frac{\text{そのうち統合失調症圏である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$   |
| F3割合           | 入院患者に占める気分・感情障害である者の割合    | $\frac{\text{そのうち気分・感情障害である者}}{\text{精神科病院の入院患者数}} \times 100$  |
| 十万対診療所数        | 人口10万人あたりの精神科診療所数         | $\frac{\text{精神科診療所数}}{\text{推計人口(10万人)}}$  |
| 診療所への通院割合      | 通院患者のうち診療所へ通院者の割合         | $\frac{\text{外来患者数(診療所)}}{\text{外来患者数(病院) + 外来患者数(診療所)}} \times 100$  |
| 十万対デイケア等実施施設数  | 人口10万人あたりの精神科デイケア等の実施施設数  | $\frac{\text{精神科デイケア等実施施設数}}{\text{推計人口(10万人)}}$  |
| デイケア等普及率       | 通院患者数に比した精神科デイケア等の利用者数の割合 | $\frac{\text{精神科デイケア利用者数} + \text{同ナイトケア利用者数} + \text{同ダイナイトケア利用者数}}{\text{外来患者数(病院) + 外来患者数(診療所)}} \times 100$ |
| 往診普及率          | 通院患者数に比した往診件数の割合          | $\frac{\text{往診件数(病院) + 往診件数(診療所)}}{\text{外来患者数(病院) + 外来患者数(診療所)}} \times 100$                                  |
| 訪問看護普及率        | 通院患者数に比した訪問看護実施件数の割合      | $\frac{\text{訪問看護実施件数(病院) + 訪問看護実施件数(診療所)}}{\text{外来患者数(病院) + 外来患者数(診療所)}} \times 100$                          |
| 十万対入所施設数       | 人口10万人あたりの入所型精神障害者社会復帰施設数 | $\frac{\text{生活訓練施設数} + \text{福祉ホーム数} + \text{入所授産施設数} + \text{グループホーム数} + \text{福祉ホームB型数}}{\text{推計人口(10万人)}}$ |
| 十万対通所施設数       | 人口10万人あたりの通所型精神障害者社会復帰施設数 | $\frac{\text{通所授産施設数} + \text{小規模通所授産施設数} + \text{福祉工場数}}{\text{推計人口(10万人)}}$                                   |
| 十万対地域生活支援センター数 | 人口10万人あたりの地域生活支援センター数     | $\frac{\text{地域生活支援センター数}}{\text{推計人口(10万人)}}$  |
| 万対手帳交付数        | 人口1万人あたりの精神障害者保健福祉手帳交付者数  | $\frac{\text{精神障害者保健福祉手帳交付者数}}{\text{推計人口(万人)}}$  |
| 十万対協力事業所数      | 人口10万人あたりの社会適応訓練協力事業所数    | $\frac{\text{社会適応訓練協力事業所数}}{\text{推計人口(10万人)}}$   |

細や算出方法は表1にまとめている。

精神科病院の指標として、万対病床数、病院規模、従事者（医師、看護師、コメディカルスタッフ）あたり患者数を算出した。コメディカルスタッフには、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者を含めた。入院患者の指標として、年齢（20歳未満、65歳以上）、入院形態（措置入院、医療保護入院、任意入院）、疾患分類（F0：症状性を含む器質性精神障害、F1：精神作用物質使用による精神および行動の障害、F2：統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害、F3：気分（感情）障害）の割合を算出した。精神科外来サービス等の指標として、十万対診療所数、診療所への通院割合、十万対デイケア等実施施設数、デイケア等普及率、往診普及率、訪問看護普及率を算出した。他の社会資源の指標として、十万対精神障害者社会復帰施設数を、入所型、通所型、地域生活支援センターのそれぞれで算出した。また、万対手帳交付者数、十万対協力事業所数（社会適応訓練）を算出した。

地域に関する指標を検討するにあたり、北海道、東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州、沖縄のそれぞれの地域ブロックの平均残存率の平均値を算出した。

### 3. 解析

まず、平均残存率と各指標の関連について Pearson の積率相関係数 ( $r$ ) を用いて検討した。地域については、各地域ブロックに属する都道府県の平均残存率の平均を算出した。なお、相関係数を算出する際は著しい外れ値を除外した。そして、上記解析で平均残存率との関連が有意であった指標のうち、それぞれの変数間の相関関係等を考慮し、平均残存率に直接的な影響を及ぼしていると考えられる変数を独立変数とし、平均残存率を従属変数とする重回帰分析（強制投入法）を行った。

なお、単純集計については47都道府県の集計値を算出したが、平均残存率との関連についての検討の際には、平成16年の平均残存率が前年までに比べて急上昇した1県を分析対象から除外

し、46県（97.9%）について分析した。この1県の急上昇の原因は、ある病院における分院開設により、多数の患者が退院し新規入院患者としてカウントされたためと考えられている<sup>7)</sup>。

統計解析はすべて SPSS 14.0J for Windows を用いて行い、有意水準は両側5%とした。

## 結果

### 1. 平均残存率との関連

表2に、各指標の集計値および平均残存率との関連について示す。万対病床数、コメディカルあたり患者数、訪問看護普及率は平均残存率と有意な正相関があった。精神療養病床割合、措置入院割合と平均残存率は有意な負相関があった。

表3に示すように、地域ブロックのなかで九州地方はその他の地方と比べて平均残存率が高かった。これまでも、「患者調査<sup>5)</sup>」や「病院報告<sup>6)</sup>」などの既存の統計資料で、九州地方が精神科病床もしくは精神障害のある患者の平均在院日数が他の地域に比べて長いことが一貫して指摘されており、精神科在院患者の退院に関する指標に特徴があると推察されたため、「九州」と「その他」の2群に分けて平均残存率を比較 ( $t$  検定) したところ、両群の差は有意であった ( $p < .01$ )。

### 2. 重回帰分析

重回帰分析を行うにあたり、単変量解析で平均残存率と有意な関連があった変数（万対病床数、精神療養病床割合、コメディカルあたり患者数、措置入院割合、訪問看護普及率、地域）を独立変数とし、平均残存率を従属変数とする重回帰分析を行った。なお、独立変数間で相関の高かったものがいくつかあったため、モデルの説明力が十分に高くなるように考慮しつつ変数を選択し、万対病床数と訪問看護普及率は独立変数から除外した。その結果、平均残存率は、コメディカルスタッフあたり患者数、療養病床が占める割合、地域と有意な関連を示した。すなわち、平均残存率が高い県の特徴として、コメディカルスタッフあた

表2. 各指標の集計値、平均残存率との相関

|                | 47県での集計値 |     |        |        |        | 平均残存率との相関( $r$ ) |                    |
|----------------|----------|-----|--------|--------|--------|------------------|--------------------|
|                | 最小値      | 最大値 | 中央値    | 平均値    | 標準偏差   |                  |                    |
| 平均残存率          | 23.32    | —   | 46.33  | 30.33  | 30.57  | 4.20             | —                  |
| 万対病床数          | 16.46    | —   | 56.67  | 29.84  | 32.78  | 11.04            | 0.43 **            |
| 病院規模           | 112.50   | —   | 335.34 | 210.89 | 212.13 | 42.27            | 0.15               |
| 精神療養病床割合       | 1.24     | —   | 46.80  | 23.82  | 23.81  | 7.62             | -0.31 *            |
| 医師あたり患者数       | 11.48    | —   | 25.57  | 18.22  | 18.23  | 3.11             | 0.22               |
| 看護師あたり患者数      | 2.30     | —   | 3.37   | 2.91   | 2.91   | 0.23             | -0.09              |
| コメディカルあたり患者数   | 16.11    | —   | 47.65  | 25.97  | 26.86  | 5.40             | 0.32 *             |
| 20歳未満割合        | 0.00     | —   | 7.28   | 2.62   | 2.75   | 1.11             | -0.25              |
| 65歳以上割合        | 20.69    | —   | 41.43  | 30.97  | 30.95  | 5.67             | 0.17               |
| 措置入院割合         | 0.00     | —   | 7.39   | 0.82   | 1.32   | 1.49             | -0.30 *            |
| 医療保護入院割合       | 16.59    | —   | 50.00  | 31.82  | 31.64  | 8.15             | -0.06              |
| 任意入院割合         | 48.26    | —   | 82.78  | 66.29  | 66.15  | 8.39             | 0.17               |
| F0割合           | 6.84     | —   | 26.57  | 16.87  | 16.43  | 4.63             | 0.15               |
| F1割合           | 3.30     | —   | 18.69  | 11.11  | 10.90  | 3.60             | 0.08               |
| F2割合           | 28.05    | —   | 54.96  | 38.88  | 39.07  | 5.74             | 0.09               |
| F3割合           | 9.71     | —   | 26.53  | 19.62  | 19.25  | 3.95             | -0.20              |
| 十万対診療所数        | 0.76     | —   | 3.15   | 1.97   | 1.97   | 0.63             | -0.22              |
| 診療所への通院割合      | 13.39    | —   | 71.14  | 39.78  | 40.44  | 13.17            | -0.09              |
| 十万対デイケア等実施施設数  | 0.58     | —   | 2.42   | 1.21   | 1.28   | 0.46             | 0.18               |
| デイケア等普及率       | 6.31     | —   | 45.98  | 16.39  | 17.37  | 6.62             | 0.22 <sup>*)</sup> |
| 往診普及率          | 0.00     | —   | 6.37   | 0.17   | 0.37   | 0.93             | 0.12 <sup>*)</sup> |
| 訪問看護普及率        | 0.31     | —   | 4.39   | 1.31   | 1.55   | 0.97             | 0.39 **            |
| 十万対入所施設数       | 0.54     | —   | 3.67   | 1.61   | 1.71   | 0.74             | 0.00               |
| 十万対通所施設数       | 0.08     | —   | 1.21   | 0.40   | 0.50   | 0.30             | -0.24              |
| 十万対地域生活支援センター数 | 0.12     | —   | 1.21   | 0.43   | 0.46   | 0.22             | 0.07 <sup>*)</sup> |
| 万対手帳交付数        | 15.02    | —   | 44.75  | 22.87  | 25.04  | 8.19             | 0.14               |
| 十万対協力事業所数      | 0.00     | —   | 37.37  | 5.39   | 8.15   | 6.83             | 0.13 <sup>*)</sup> |

<sup>\*)</sup> 外れ値を除き、45県で相関係数を算出。他は46県で算出。

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

表3. 地域別平均残存率

| 地域  | 平均残存率の平均 |
|-----|----------|
| 北海道 | 30.3     |
| 東北  | 31.7     |
| 関東  | 28.7     |
| 中部  | 29.1     |
| 近畿  | 30.6     |
| 中国  | 27.1     |
| 四国  | 29.8     |
| 九州  | 34.1     |
| 沖縄  | 29.5     |

りの患者数が多いこと、全病床に占める療養病床の割合が低いこと、九州地方であること、が挙げられた(表4)。

## 考察

本研究は、平均残存率と関連する要因を検討したはじめての研究である。本結果より、療養病床が占める割合が低い県、病院に勤務するコメディカルスタッフの割合が少ない県、九州では平均残存率が高いことが明らかになった。

精神療養病床が占める割合が高い県では平均残存率が有意に低かった。精神療養病床の場合、慢性の長期在院患者や、急性期治療を経て引き続き医療を必要とする患者を主たる対象としており、本研究の対象である在院期間1年未満の患者は、その一部しか精神療養病床を利用しておらず、平均残存率と精神療養病床の関連性はあまり高くないように思われるかもしれない。しかしながら、療養病床の割合は、その都道府県における精神科医療の機能分化の状況と関連している可能性があり、機能分化が進んだ県では急性期医療等の整備が進み、結果として平均残存率が低いのかも知れない。本研究に使用したデータには、平成14年に新設された救急入院料病床のデータが含まれておらず、急性期・救急・療養などの包括病床を含めた割合を算出することができなかったが、今後さらなる検討が必要である。

また、精神療養病床のなかには、実態として、様々な機能を有している病床も含まれている可能性があるため、療養病床と平均残存率との関連については、療養病床の実態を踏まえて今後さらに

検討する必要がある。

次に、病院に勤務するコメディカルスタッフの割合と平均残存率には関連がみられた。近年の「入院医療中心から地域生活中心へ」という流れのなかで、専門性の高いコメディカルスタッフが担う役割は大きい。社会資源や生活環境等について調整を行う精神保健福祉士の存在は、患者の退院を手助けするために不可欠である。また、医療機関に勤務する作業療法士については、ニューロングステイをつくらぬ退院促進に向けた作業療法実践が近年の課題として挙げられるなど<sup>9)</sup>、新規入院患者の早期退院支援に着目した活動が行われている。臨床心理技術者は直接患者の退院促進に関与するわけではないものの、心理相談、心理アセスメント、心理療法、心理学的地域援助を通じて患者の治療に効果的に関与する<sup>9)</sup>。単純にスタッフ数が多いということだけで良好な治療アウトカムが期待できるわけではないが<sup>10,11)</sup>、先行研究では、こうしたさまざまな専門職による適切なチーム医療は入院期間の短縮をもたらすことが明らかにされている<sup>12)</sup>。本研究結果でも、コメディカルスタッフ数と平均残存率との間に関連がみられたことから、十分な人員を確保することによって適切なチーム医療が行われ、退院を促進できる可能性が示唆された。

最後に、九州地方は他の地域と比べて平均残存率が高いという結果であった。九州地方で平均残存率が有意に高い直接的原因は明らかではないが、九州地方は他の地域より人口万対病床数が多いなど、他の地域とはやや異なる医療供給の特徴を有している可能性がある。本研究で用いた平成16年度630調査結果でも、人口万対精神病

表4. 平均残存率を独立変数とする重回帰分析

|                  | 非標準化係数 |         | t     | p      |
|------------------|--------|---------|-------|--------|
|                  | B      | $\beta$ |       |        |
| コメディカルあたり在院患者数   | 0.16   | 0.25    | 2.17  | 0.036  |
| 療養病床が占める割合       | -0.15  | -0.32   | -2.70 | 0.010  |
| 措置入院割合           | -0.37  | -0.16   | -1.31 | 0.197  |
| 地域 (0=その他, 1=九州) | 4.50   | 0.46    | 3.90  | <0.001 |

$R^2 = 0.45$ , 調整済み  $R^2 = 0.39$

床数が九州地方は48.3床であるのに対して、その他の地域では27.8床である。また、九州地方では精神病床のみならず一般病床も多く、平成17年医療施設調査<sup>5)</sup>によれば、人口万対一般病床数は九州で約180床であるのに対してその他の地域では約140床である。さらに、厚生労働省による「病院報告(平成18年<sup>5)</sup>)」では精神病床における平均在院日数が九州で高いことが示されており、「患者報告(平成17年)」でも、精神疾患のある退院患者の平均在院日数が九州で高いことがわかる。こうした違いは、地域の実態を反映した特有の医療・保健・福祉制度や社会文化的要因による可能性がある。「改革ビジョン」に示された平均残存率の数値目標は各都道府県共通となっているが、実際の達成度を評価する際には、こうした地域特性を十分考慮することが重要であろう。もっとも、退院に関する指標に地域差が影響しているかどうかについては、必ずしも見解が一致していない。藤田ら<sup>1)</sup>の研究では、ポアソン回帰モデルを用いて入院後1年未満での退院率と関連する要因を検討しているが、その結果によれば、さまざまな要因を調整した場合、地域という変数の影響は小さなものであった。藤田らの研究と本研究では用いている指標もデータの収集方法も異なるため単純に比較することはできないが、地域差がどの程度存在するのかについては、今後も検討が必要であろう。

本研究は「精神保健福祉資料」の集計値を二次解析したもので、把握可能な情報には限りがある。とくに個々の入院患者の臨床的・人口統計学的特性はその後の転帰に大きな影響を及ぼすと考えられるが、本研究では個々の患者の重症度は検討できない。全国の精神科病院等を対象にした大規模な実態調査の結果に基づく検討は大いに意義があると考えられるが、今後は他の調査から得られる指標も含めた、より詳細な検討を行うことが必要である。また、本研究では、訪問看護について、病院や診療所が行うものについてのみ集計しており、訪問看護ステーションが行う訪問看護については不明である。訪問看護は、地域で暮らす患者を支えるために今以上に必要性が高まるも

のと考えられるため、平均残存率との関連についても今後検討が必要である。さらに、訪問活動を中心とした包括的な地域生活支援に従事する職種チームであるACT(Assertive Community Treatment)などの新たなアウトリーチサービスについても今後普及していく可能性があり、これらの多様なサービスとの関連についても、注目すべきである。さらに、平均残存率は診療報酬改定等の影響を受けて変動する可能性があるため、今後はこうした影響をフォローしていく必要がある。

## 結論

平成16年度「精神保健福祉資料」の集計値をもとに、各都道府県・政令指定都市の平均残存率に関連する要因を検討したところ、療養病床が占める割合が低い県、病院に勤務するコメディカルスタッフの割合が少ない県、九州では平均残存率が高かった。平均残存率を評価する際には、専門病床の充実度を含めた精神科医療の実態、コメディカルスタッフ数の多寡、各都道府県の地域性を考慮する必要がある。

## 文献

- 1) 藤田利治, 竹島 正: 精神障害者の入院後の退院曲線と長期在院にかかわるリスク要因についての患者調査に基づく検討. 精神神経学雑誌 108: 891-905, 2006
- 2) 藤田利治, 佐藤俊哉: 精神病院での長期在院に関連する要因—患者調査及び病院報告に基づく検討—厚生労働省の指標 51: 12-19, 2004
- 3) 下野正健, 藤川尚宏, 吉益光一, 他: 精神科病院長期在院者の退院に関連する要因の検討. 精神医学 46: 403-414, 2004
- 4) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課, 国立精神・神経センター 精神保健研究所: 精神保健福祉資料—平成16年度6月30日調査の概要—, 2006.
- 5) 厚生労働省統計表データベース  
<http://www.dhtk.mhlw.go.jp/tokei/index.html>
- 6) 竹島 正, 立森久照, 長沼洋一, 小田智典, 西田直樹: 新たな精神科病床算定式の合理性の検証—精神医療改革の実現に関する研究—新卒卒病算定式

- による各都道府県別の基準病床数に関する研究一、平成16年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学研究特別研究事業）「新たな精神病床算定式に基づく、早期退院と社会復帰促進のための精神保健福祉システムに関する研究（主任研究者：竹島正）」総括・分担研究報告書：15-43, 2005.
- 7) 箱田琢磨, 竹島 正: 平均残存率と退院率の偶発性の変動要因について. 平成18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（主任研究者：竹島正）」総括・分担研究報告書：39-43, 2006.
- 8) 香山明美: 精神障害領域作業療法におけるこの10年と今後. OT ジャーナル 40: 1093-1108, 2006
- 9) 宮脇 稔: 医療心理師が果たしてきたこれまでの役割と今後の期待. 臨床精神医学 36: 157-160,

2007

- 10) Coleman, J.C., Paul, G.L.: Relationship between staffing ratios and effectiveness of inpatient psychiatric units. *Psychiatric Services* 52: 1374-1379, 2001
- 11) Nawata, S., Yamauchi, K., Ikegami, N.: Do staffing levels determine outcome in psychiatric inpatient care? - Factors related to the ratio of period hospitalized in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 60: 709-717, 2006
- 12) Mickan, S.M.: Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association* 29: 211-217, 2005

*abstract*

### Factors related to the mean residual rate among patients hospitalized for less than 1 year in Japanese prefectures

Asuka Koyama<sup>1)</sup>, Tomonori Koyama<sup>2)</sup>, Hisateru Tachimori<sup>1)</sup>,  
Toshie Noda<sup>3)</sup>, Tadashi Takeshima<sup>1)</sup>

**Objective:** The "Visions Reform of Mental Health and Medical Welfare" report issued by the Headquarters for Mental Health and Welfare in September 2004 aims to reduce the mean residual rate (among patients hospitalized for less than 1 year) in all prefectures to 24% or less. Therefore, the present study was conducted in order to identify the factors related to the mean residual rate in each prefecture.

**Methods:** We examined the relations between the mean residual rate and institutional or patients' factors, and social resource of each prefecture. Data were analyzed using multiple regression analysis.

**Results:** The mean residual ratio was found higher in prefectures (1) with fewer long term care beds, (2) with fewer co-medical staff, and (3) in the Kyushu region

**Conclusion:** When evaluating the mean residual ratio, it is important to consider the availability of psychiatric care in each prefecture, the number of co-medical staff, and regional characteristics.

*JPN Bull Soc Psychiat* 17: 159-167, 2008

<sup>1)</sup> Department of Mental Health Administration, National Institute of mental health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo, Japan

<sup>2)</sup> Department of Child and Adolescent Mental Health, National Institute of mental health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo, Japan

<sup>3)</sup> Department of Social Psychiatry, National Institute of mental health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo, Japan

シリーズ  
 続・社会問題から見た  
**心の病**  
 ~事例編⑫(地域の取り組み)~

## 精神保健医療福祉の将来に向けて

国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部 竹島 正部長  
 同部システム開発研究室 立森久照室長  
 同特別研究員 長沼洋一氏

2004年9月に公表された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下、「改革ビジョン」)は、おおむね10年間の精神保健医療福祉体系の再編の具体的方向性を達成目標として示した。今年はその中間点に当たり、既に厚生労働省は2008年4月に「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」(座長＝国立精神・神経センター・樋口隆彦総長)を設置し、改革ビジョンに示された達成目標の第一期(前半5年間)の成果を評価するとともに、2009年9月からの第二期(後半5年間)における施策群を検討している。本稿は精神保健計画にかかわる調査および研究であり、平成18～20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」をもとに、「改革ビジョン」の趣旨を実現するための情報発信と実証データの提供を行っている。

### 精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページを開発 情報発信・情報共有が目的

「改革ビジョン」に関する基本的情報、関連する研究成果、諸外国の改革に関する情報などを提供することで、公平な視点から改革に寄与することを目的に、精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ(<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html>)を開発した。具体的には以下により構成される。

**改革ビジョン**：精神医療福祉行政の最近の経緯に関するリンクおよびわが国における精神保健医療福祉の年表をダウンロード可能。

**研究の状況**：研究の概要および各分担研究の計画、結果を紹介。各年度の研究報告書は全文を公開。

**都道府県からの情報**：「改革ビジョン」に関する各都道府県の取り組みについて情報共有を図ることが目的であり、現時点で各都道府県・政令指定都市で実施されている精神障害者の住居確保の取り組みを紹介。

**関連研究の紹介**：「改革ビジョン」に関連する厚生労働科学研究費を選出し、改革ビジョンに示された「国民の理解の深化」、「精神医療の改革」および「地域生活支援の強化」の3つの軸に沿って分類・紹介。

**海外からの情報**：海外における精神保健福祉の概要や改革の取り組みを紹介。現在、オーストラリア、英国、フランス、イタリア、カナダにおける情報を取得可能。

**630調査関連データ**：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課(平成18年からは障害福祉課との連名)が毎年6月30日付で都道府県・政令指定都市に報告を依頼している調査(通称、630調査)により作成された「精神保健福祉資料」のデータをもとにした資料を掲載。

**こころのバリアフリー宣言**：2004年3月、厚生労働省「心の健康問題の

#### かえる かわる

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」ロゴマーク

「こころのバリアフリー宣言」をもとにつくられたポスター

「こころのバリアフリー宣言」をもとにつくられたポスターをダウンロードして、普及啓発の取り組みに活用可能。

リンク集：精神医療福祉に関連する学会、組織などへのリンク。

このほか、海外にもわが国の精神保健医療福祉の改革の取り組みを知らせる目的で「改革ビジョン」の概要およびわが国の最近の精神保健福祉行政の経緯をまとめたページを英語で作成し公開している。

**実証データの提供により施策を推進**

「改革ビジョン」の趣旨を実現するための施策推進には、現状の正確な把握が必要である。また実施された施策の評価は実証データに基づいて行われる必要がある。

前述の「精神保健福祉資料」のデータは、全国の精神科医療施設、精神障害者社会復帰施設などを対象とした実証調査から得られたもので、精神保健医療福祉の施策の策定および評価の基盤となる情報を提供する。このデータがよりいっそう有効に活用されることを目的に、「精神保健福祉資料」のデータをもとにさまざまな種類の資料を作成し配布している。

「精神保健福祉資料」は、精神科医療施設および社会復帰施設の利用者の状況に関する集計表を全国およ

び都道府県別に掲載した冊子で、各都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課、精神保健福祉センターなどに配布している。また、630調査の全集計結果が掲載されている。

#### 「目でみる精神保健医療福祉」を作成

「精神保健福祉資料」の調査結果を詳細に知りたい場合は有用であるが、全体を短時間で概観するには不向きである。また、この資料は各年の資料から任意の調査項目の年次推移を知ることができるが、そのためには自身で各年の資料から対応する調査項目の数値を拾い出さなければならぬため手間がかかる。

そこで「目でみる精神保健医療福祉」として、主要な調査項目の全国値の年次推移を新しく冊子を作成した。この冊子は新しい調査データが利用可能になるたびにそのデータを追加した更新版を作成している。

「目でみる精神保健医療福祉」は全体のページ数の制約から全国値の推移のみの掲載である。都道府県・政令指定都市別の同様の形式の資料は「各都道府県の精神医療の状況の年次推移ダ

ラフ」として精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ内で閲覧できるようにした。

さらに、データの積極的な二次活用を推進するために「全国および各都道府県の精神保健医療福祉に関する資料」を作成した。これはマイクロソフトExcel上で動作し、メニュー画面(図1)で、閲覧したい都道府県・政令指定都市と調査年で指定すると、指定した内容に対応する調査結果が全国値と並んで表示される(図2)。この資料を利用することで、「精神保健福祉資料」からデータを入手することなく同データをともに自身で集計やグラフ化などを行うこともできる。

以上の資料は、すべて紹介した精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページの630調査関連データのページから入手可能である。

(図1)「全国および各都道府県の精神保健医療福祉に関する資料」



(<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/data.html>)から入手可

(図2) 東京都の調査結果

表示ページ<1>  
 東京都 2005 \*

| 調査項目    | 調査値    | 調査値     | 調査値     | 調査値     |
|---------|--------|---------|---------|---------|
| 人口(千人)  | 12,877 | 12,877  | 12,877  | 12,877  |
| 精神科医療施設 | 178    | 1,070   | 1,070   | 1,070   |
| 精神科病床   | 10,808 | 264,013 | 264,013 | 264,013 |
| 社会復帰施設  | 58     | 21      | 21      | 21      |
| 精神障害者   | 12,747 | 212,523 | 212,523 | 212,523 |
| 精神科医療施設 | 178    | 1,070   | 1,070   | 1,070   |
| 精神科病床   | 10,808 | 264,013 | 264,013 | 264,013 |
| 社会復帰施設  | 58     | 21      | 21      | 21      |
| 精神障害者   | 12,747 | 212,523 | 212,523 | 212,523 |
| 精神科医療施設 | 178    | 1,070   | 1,070   | 1,070   |
| 精神科病床   | 10,808 | 264,013 | 264,013 | 264,013 |
| 社会復帰施設  | 58     | 21      | 21      | 21      |
| 精神障害者   | 12,747 | 212,523 | 212,523 | 212,523 |
| 精神科医療施設 | 178    | 1,070   | 1,070   | 1,070   |
| 精神科病床   | 10,808 | 264,013 | 264,013 | 264,013 |
| 社会復帰施設  | 58     | 21      | 21      | 21      |
| 精神障害者   | 12,747 | 212,523 | 212,523 | 212,523 |

(結び)

#### 精神保健医療福祉の実態を正しく捉えることが必要

精神保健医療福祉体系の再編という国家的な課題の実現には、まず精神保健医療福祉関係者が精神保健医療福祉の実態を正しく捉えることが必要である。本誌読者の方には、ぜひとも精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページを利用していただくとともに、このページの充実のための提案をお願いしたい。



# 障害者自立支援法に関する意識分析

田引 俊和<sup>○</sup>・大谷 京子・上原 久・野中 猛

(<sup>○</sup>…代表執筆者)

## I. はじめに

### 1. 研究背景

近年、わが国の障害者福祉施策はその仕組みが大きく転換している。2003年には行政による措置という形から、利用者とサービス事業者が直接契約を結ぶ支援費制度が導入され、さらにこの支援費制度の3年後の2006年には障害者自立支援法が新しく創設されている。

この障害者自立支援法により、これまでの障害者福祉サービスのあり方が特に大きく変わることになる。例えば、これまでの障害者施策は法律上、身体障害、知的障害、精神障害がそれぞれに独自の体系で展開されてきていたが、この障害者自立支援法により3つの障害が同じ制度によりサービス提供されることになる。また、今まで多くの場合、福祉サービスの適用外であった精神障害者も障害者福祉サービスの対象に組み込まれた他、33種類あった福祉施設や事業体系が大きく変わることになった。加えて、障害者福祉サービスの利用に際しては、利用する側の費用負担という仕組みが導入されている。

### 2. 研究目的とこれまでの知見

本研究はこれら大きな制度変革の中、障害者

自立支援法に関連する福祉サービスへの意識の実態と課題を把握し、改善策を探ることを目指す。

具体的には、障害者自立支援法下での当事者・家族、及び専門職者双方の福祉サービスに対する捉え方、及び意識を分析し、単にサービスや負担の増減にのみ着目するのではなく、現行制度を最大限有効に活用するための検討用基礎資料の収集を目的とする。

前述の通り、障害者自立支援法は2006年に施行されたばかりであるが、既にいくつかの研究が報告されている。DPI（障害者国際ナショナル日本会議）の行った2つの自立支援法アンケート調査では当事者を対象に大規模な調査を行い、自立支援法の1割負担による負担増やサービス量変化にともなう影響などをまとめている。また、東京都社会福祉協議会は東京都内で自立支援法に関する調査を行なっている。ここでは、区市町村の障害福祉課を対象に調査を行い、自立支援法以外の自治体独自の措置の概要について質問している他、障害認定区分、障害者自立支援法の利用支援・利用促進のための取り組みなどの実態を明らかにしている。大阪障害者センター（障害者生活支援システム研究会）では、障害者自立支援法のサービス利用に関する全国調査を行い、家族を中心に回答を得ており、サービス利用量の増減や利用

料負担について報告されている。

いずれの調査報告も利用料やサービス量の増減に着目した内容が多く、当事者や家族の生活に即した結果が示されている。とはいえ、障害者自立支援法そのものをどのように捉えているか、あるいは自立支援法の評価をする際の根拠ともいべきこの法律に対する理解が正しくなされているのかといった分析は十分ではない。この点、当事者や家族だけでなくサービス提供に関わる専門職種の人たちを含めた全体を対象とした障害者自立支援法の捉え方、意識の調査は本研究の特徴である。

## II. 研究方法

### 1. 調査対象と方法

本研究では、調査票を用いて障害者自立支援法の捉え方、意識に関する量的な調査を行った。具体的には、障害者自立支援法下での福祉サービスに関わる当事者・家族、及び医療機関、福祉施設の職員を対象に2007年2月から4月にかけて無記名自記式調査票によるアンケート調査を実施した。配布と回収は郵送法を基本とし、愛知県内全ての精神科病院、精神科クリニック、総合病院の医療相談室、身体・知的・精神の各障害者福祉施設、及び一部当事者・家族に配布した。なお、一部当事者・家族については直接回収した。配布数1215で、最終的な回収数488

(回収率40.16%)であった。

回答者の基本的属性としては、当事者・家族が129 (26.4%)、医師・看護師25 (5.1%)、社会福祉士・精神保健福祉士有資格職員が136 (27.9%)、特定の資格を持たない職員109 (22.3%)、その他職種52 (10.7%)であった。その他職種には、保育士、作業療法士、言語聴覚士、ヘルパーなどが含まれていた(表1)。

倫理的配慮については、全て無記名調査票を用いた他、結果は研究目的にのみ使用され、かつ、統計的に処理を行い個人が特定されない旨を調査表上に記した。また特に当事者、家族に対する調査においては、事前に調査対象者群を代表する協力者に調査票内容を示し確認と同意を得た上で調査票を配布した。

### 2. 調査票項目

障害者自立支援法に関する研究をすすめていく上では適切な調査票項目と尺度を用いる必要があるが、障害者自立支援法が施行されたばかりの現在、適切な共通尺度は確認できていない。このため本研究では、自立支援法施行1か月の段階(2006年11月)で行なった予備調査で得られたキーワード、および関連する文献から障害者自立支援法の特徴を抜粋し調査票の質問項目を作成した。質問項目は主に、①障害者自立支援法の捉え方、②障害者福祉サービスへの意識、③障害者自立支援法下の具体的なサービス内容

表1: 回答者の基本属性 (n=488)<sup>#1</sup>

| 項目    | カテゴリー                 | 度数  | %    |
|-------|-----------------------|-----|------|
| 性別    | 男性                    | 226 | 46.3 |
|       | 女性                    | 248 | 50.8 |
| 立場・職種 | 当事者・家族                | 129 | 26.4 |
|       | 医師・看護師                | 25  | 5.1  |
|       | 介護福祉士                 | 10  | 2.0  |
|       | 社会福祉士・<br>精神保健福祉士     | 136 | 27.9 |
|       | 生活・作業指導員<br>(特定の資格なし) | 109 | 22.3 |
|       | 福祉系学生                 | 12  | 2.5  |
|       | その他                   | 52  | 10.7 |

注1: 欠損値があるため合計が異なる。

理解、の3群で構成した。さらに年齢や立場(職種)といった個人的属性に関する質問項目を設定した。

各質問については「非常にあてはまる(5点)」「まああてはまる(4点)」「どちらともいえない(3点)」「あまりあてはまらない(2点)」「まったくあてはまらない(1点)」の5段階尺度を用いて得点を与えて分析に用いた。

### 3. 分析方法と枠組み

はじめ障害者自立支援法に対する関係者の意識の特徴を把握するために、自立支援法に関する質問群の因子分析を行なった(因子負荷量0.40以上)。その上で、抽出された各因子と回答者の立場(職種)との関係性について多重比較による分析を行った。また、障害者自立支援法で提供されている具体的なサービスについての理解度と立場(職種)間の関係性、及び差異について分析を行なった。

なお、本研究は障害者自立支援法に関して医療機関、福祉施設を対象とした調査研究であるが、愛知県内のみを対象にしたものである。また、質問項目に対する答えは具体的な測定基準によるものではなく、回答者の主観的な判断により得点を与えたものとなっている。

## III. 研究結果

### 1. 障害者自立支援法に対する意識の特徴

障害者福祉サービスに関わる当事者や家族、専門職の、障害者自立支援法の捉え方、意識の特徴の把握を試みた。障害者自立支援法で提供されるサービスを中心に障害者福祉に関する31項目について、Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の測度は0.820であった。また、Bartlettの球面性検定では( $p < .01$ )で有意性が確認できたため、設定した31項目については因子分析を行っても妥当だと判断した。

障害者自立支援法に対する意識の質問項目の

因子分析においては、固有値スクリープロットから6因子が妥当だと判断し、主成分分析(プロマックス法)を行った(表2)。6因子の累積寄与率は49.282%であった。

抽出した6つの因子について、第1因子は自立支援法のサービス体系は理解している、障害者自立支援法利用手続きの仕組みについて理解している、障害認定区分において不服申請ができることを知っているなど、制度の理解についての特徴がみられたため「制度の理解」因子とした。第2因子は、障害者自立支援法により生活がよくなる、自立支援法下のサービスにより安定した生活を送ることができる、3障害一元化によりサービスの質がよくなるなど、障害者自立支援法を前向きに評価している内容が含まれるため「制度の評価」因子とした。第3因子は、今まで受けた自立支援法の説明や勉強会では理解できない、自立支援法について説明や情報を得る機会が少ない、自立支援法の分かりやすいパンフレット・資料が必要となっているので「情報不足」因子とした。以降、第4因子「サービス量」、第5因子「サービスの質」、第6因子「地域整備」因子が抽出された。

### 2. 立場(職種)による意識の特徴

続いて、抽出された障害者自立支援法に関する6つの因子と、回答者の立場(職種)の関係性についての検討を行った。因子については抽出された各因子群について、高い負荷量を示した項目の平均値を下位尺度得点として算出し分析に用いた。多重比較の結果「制度の理解」と「サービス量」因子について、当事者・家族と専門職種間で有意差が見られ、特に当事者家族の制度に対する理解の低さが確認できた。また、「地域整備」因子については、その他職種よりも社会福祉士・精神保健福祉士有資格の方が低い値を示していた(表3)。

各因子の平均得点はそれぞれ、「制度の理解」因子が3.38、「制度の評価」因子が2.36、「情報

表2：障害者自立支援法の捉え方の因子分析結果

| 障害者自立支援法に関する質問項目                    | 平均値 (標準偏差) | I      | II     | III    | IV     | V      | VI     | 共通性   |
|-------------------------------------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 因子 I：「制度の理解」 3.38 (0.72)            |            |        |        |        |        |        |        |       |
| 自立支援法のサービスマネジメントは理解している             |            | 0.114  | 0.069  | -0.106 | 0.142  | 0.014  | 0.142  | 0.613 |
| 障害者自立支援法利用手続の仕組みについて理解している          |            | 0.069  | 0.069  | -0.106 | 0.136  | 0.087  | 0.074  | 0.596 |
| 障害者ケアマネジメントのプロセスは理解している             |            | 0.063  | 0.063  | -0.092 | 0.338  | -0.173 | 0.081  | 0.543 |
| 障害認定区分において、不服申立てができることを知っている        |            | 0.005  | 0.005  | 0.047  | 0.235  | -0.062 | 0.001  | 0.465 |
| 3 障害一元化について理解している                   |            | 0.092  | 0.092  | 0.115  | 0.083  | -0.129 | -0.010 | 0.471 |
| 周辺の利用可能な福祉サービスを把握している               |            | 0.072  | 0.072  | 0.051  | 0.429  | -0.266 | 0.184  | 0.496 |
| 周りに自立支援法について詳しい人がいる                 |            | -0.038 | -0.038 | -0.134 | -0.023 | 0.075  | 0.352  | 0.423 |
| 自立支援法について「説明して欲しい」と言われたことがある        |            | -0.039 | -0.039 | 0.174  | 0.493  | 0.013  | -0.110 | 0.458 |
| 自立支援法施行後、事務手続きに係る時間が増えた             |            | -0.263 | -0.263 | 0.310  | 0.406  | 0.157  | -0.027 | 0.390 |
| 因子 II：「制度の評価」 2.36 (0.633)          |            |        |        |        |        |        |        |       |
| 障害者自立支援法により生活がよくなる                  |            | 0.114  | 0.114  | -0.210 | -0.140 | -0.149 | 0.247  | 0.659 |
| 自立支援法下のサービスマネジメントにより安定した生活を送ることができる |            | 0.010  | 0.010  | -0.080 | -0.018 | -0.220 | 0.315  | 0.558 |
| 現在の支給内容は納得できるものである                  |            | 0.109  | 0.109  | -0.198 | -0.304 | -0.024 | 0.346  | 0.504 |
| 3 障害一元化によりサービスマネジメントの質がよくなる         |            | 0.043  | 0.043  | -0.098 | 0.129  | -0.400 | 0.137  | 0.467 |
| 障害認定区分の結果は納得できるものである                |            | 0.012  | 0.012  | -0.174 | -0.368 | 0.061  | 0.131  | 0.498 |
| 原則1割の使用負担が生じるのはやむを得ない               |            | 0.009  | 0.009  | -0.368 | -0.127 | -0.027 | 0.222  | 0.426 |
| 障害者自立支援法により就労の機会が増える                |            | 0.113  | 0.113  | -0.028 | 0.117  | -0.269 | 0.178  | 0.384 |
| 因子 III：「情報不足」 3.71 (0.575)          |            |        |        |        |        |        |        |       |
| 今まで受けた自立支援法の説明や勉強会では理解できない          |            | -0.106 | -0.139 | 0.656  | 0.261  | 0.140  | -0.207 | 0.462 |
| 自立支援法について説明や情報を得る機会が少ない             |            | -0.298 | 0.066  | 0.384  | 0.175  | -0.001 | -0.324 | 0.502 |
| 受けられるサービスマネジメントに比べ自己負担が多い           |            | 0.186  | -0.493 | 0.559  | 0.152  | 0.162  | -0.051 | 0.534 |
| 自立支援法の分かりやすいパンフレット・資料が必要            |            | -0.023 | -0.021 | 0.551  | -0.089 | 0.043  | 0.206  | 0.491 |
| 申請手続は複雑である                          |            | 0.180  | -0.297 | 0.520  | 0.090  | 0.238  | -0.223 | 0.387 |
| 申請手続きに時間がかかる                        |            | 0.045  | -0.211 | 0.512  | 0.214  | 0.399  | -0.380 | 0.468 |
| 因子 IV：「サービスマネジメント」 2.92 (0.867)     |            |        |        |        |        |        |        |       |
| 自立支援法施行後、サービスマネジメント利用を中止したケースがある    |            | 0.238  | -0.138 | 0.102  | 0.705  | 0.142  | -0.118 | 0.592 |
| 自立支援法施行後、サービスマネジメント利用を控えるケースがある     |            | 0.146  | -0.190 | 0.224  | 0.670  | 0.211  | 0.001  | 0.508 |
| 自立支援法で提供されるもの以外のサービスマネジメントも併用している   |            | 0.385  | 0.188  | 0.215  | 0.524  | -0.316 | -0.013 | 0.470 |
| 因子 V：「サービスマネジメントの質」 3.61 (0.652)    |            |        |        |        |        |        |        |       |
| 自立支援法施行後、サービスマネジメントの質が低下している        |            | 0.136  | -0.237 | 0.080  | 0.222  | 0.548  | -0.127 | 0.415 |
| 今まで関わっていない他の障害分野のことはよくわからない         |            | -0.286 | -0.033 | 0.269  | -0.057 | 0.346  | 0.030  | 0.476 |
| サービスマネジメントに制約が多い                    |            | 0.071  | -0.241 | 0.461  | 0.284  | 0.513  | -0.204 | 0.506 |
| 因子 VI：「地域整備」 2.65 (0.691)           |            |        |        |        |        |        |        |       |
| 地域(市町村)の障害者福祉計画は整備されている             |            | 0.122  | 0.249  | -0.068 | 0.000  | -0.079 | 0.778  | 0.645 |
| 地域生活に必要な福祉サービスは整備されている              |            | -0.124 | 0.423  | -0.214 | -0.108 | -0.159 | 0.597  | 0.484 |
| 当事者・家族の自援手続きのサポートは行われている            |            | 0.321  | 0.248  | -0.350 | -0.075 | 0.143  | 0.440  | 0.384 |

累積寄与率49.262%

表3： 多重比較結果（各因子と職種の関係）

| 自立支援法の意識因子 | 上段：職種<br>下段：得点（得点差） | ※有意差ある組み合わせのみ表示 |                             |                             |                           |
|------------|---------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 「制度の理解」因子  | 当事者・家族<br>2.91      | —               | 介護福祉士<br>3.70 (-0.79) *     | 社会福祉精神福祉士<br>3.65 (-0.74) * | 資格ない指導員<br>3.56 (-0.65) * |
|            | 福祉系学生<br>2.86       | —               | 社会福祉精神福祉士<br>3.65 (-0.79) * | 資格ない指導員<br>3.56 (-0.70) *   |                           |
| 「サービス量」因子  | 当事者・家族<br>2.42      | —               | 医師看護師<br>2.99 (-0.57) *     | 社会福祉精神福祉士<br>3.12 (-0.70) * | 資格ない指導員<br>3.17 (-0.75) * |
| 「地域整備」因子   | その他<br>2.94         | —               | 社会福祉精神福祉士<br>2.52 (0.42) *  |                             |                           |

不足」因子が3.71、「サービス量」因子が2.92、「サービスの質」因子が3.61、「地域整備」因子が2.65であった。このうち、最も低い得点であった「制度の評価」因子、及び最も高い「情報不足」因子については当事者・家族を含め職種間での有意差はみられなかった。

### 3. 障害者自立支援法サービスの理解

最後に、自立支援法で提供されている福祉サービス18項目の理解について分析を行なった（表4）。

理解を現わす平均得点をみてみると、ホームヘルプ（3.37）、ショートステイ（3.51）、グループホーム（3.41）といった従来から提供されているサービスの理解は高く、自立支援法により新しく導入されたサービスは全般的に低い傾向にあることが確認できた。

次に、それぞれの障害者自立支援法での福祉サービスの理解について、回答者の立場（職種）との関係性について多重比較を行なったところ、全てのサービスで、当事者・家族と専門職種間で有意差が見られた。中でも特に、理解度について高い値を示す社会福祉士・精神保健福祉士有資格者との間に有意な差があることが明らかとなった。専門職種間では、障害者自立支援法の18のサービスの理解について有意な差はほとんど確認できなかった。

## IV. 考察とまとめ

### 1. 障害者自立支援法の捉え方と職種の関係

本研究では、はじめ障害者自立支援法に関する捉え方、意識の特徴の把握のために因子分析を行なった。その結果、「制度の理解」「制度の評価」「情報不足」「サービス量」「サービスの質」「地域整備」という6つの因子が確認できた。また、各因子と当事者・家族を含む専門職種間の関係では、「制度の評価」「サービス量」「地域整備」因子において有意な差が確認できた。

分析の結果からは、当事者・家族の福祉サービスの制度に関する理解が特に低い傾向にあることが明らかとなった。これにより、障害者自立支援法が導入された現在、当事者・家族は仕組みや利用可能なサービス体系を十分に理解できていない状態のままサービス利用や費用負担をしていると考えられる。併せて、相談をする場所や十分な説明を受ける機会が確保されていないことも推察される。

また、「地域整備」因子については、社会福祉士・精神保健福祉士有資格者が有意に低い値をみせていた。これは、地域整備が十分でないという判断を表わしていると考えられ、福祉専門職の視点ならではの評価だといえる。

この他、職種間での差は見られなかったものの「制度の評価」因子の得点が中点を下回っており、関係する全ての人たちは障害者自立支援法について前向きな評価をしていないことが確認できた。同様に、「情報不足」因子では職種間の差

障害者自立支援法に関する意識分析

表4：多重比較結果（サービス理解と職種との関係）

| 障害者自立支援法サービス<br>平均値（標準偏差）    | 上段：職種  |     | 下段：得点（得点差）                  |                             | ※付添者ある組み合わせのみ表示           |                       |
|------------------------------|--------|-----|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------|
|                              | 当事者・家族 | その他 | 社会福祉精神福祉士                   | その他                         | 社会福祉精神福祉士                 | その他                   |
| ホームヘルプ（居宅介護）<br>3.37(1.212)  | -      | -   | 3.67 (-0.77) *              | 3.53 (-0.63) *              | -                         | -                     |
| 重度訪問看護<br>2.66(1.066)        | -      | -   | 資格ない指導員<br>2.75 (-0.42) *   | その他<br>3.10 (-0.77) *       | -                         | -                     |
| 行動支援<br>2.66(1.089)          | -      | -   | 資格ない指導員<br>3.19 (-0.56) *   | その他<br>3.39 (-0.76) *       | -                         | -                     |
| 療養介護<br>2.67(1.059)          | -      | -   | 医師・看護師<br>2.96 (-0.72) *    | 社会福祉精神福祉士<br>2.75 (-0.51) * | 資格ない指導員<br>2.79 (-0.55) * | その他<br>3.06 (-0.82) * |
| 生活介護<br>3.20(1.149)          | -      | -   | 介護福祉士<br>3.89 (-1.26) *     | 社会福祉精神福祉士<br>3.39 (-0.75) * | 資格ない指導員<br>3.52 (-0.88) * | その他<br>3.47 (-0.83) * |
| 児童デイサービス<br>2.83(1.163)      | -      | -   | 当事者・家族<br>2.72 (0.83) *     | 社会福祉精神福祉士<br>2.63 (0.92) *  | 資格ない指導員<br>2.85 (0.70) *  | -                     |
| ショートステイ（短期入所）<br>3.51(1.133) | -      | -   | 社会福祉精神福祉士<br>3.66 (-0.60) * | 資格ない指導員<br>3.72 (-0.66) *   | その他<br>3.82 (-0.76) *     | -                     |
| 重度障害者等包括支援<br>2.55(1.045)    | -      | -   | その他<br>2.88 (-0.57) *       | -                           | -                         | -                     |
| ケアホーム<br>3.06(1.144)         | -      | -   | 社会福祉精神福祉士<br>3.29 (-0.73) * | 資格ない指導員<br>3.31 (-0.75) *   | その他<br>3.22 (-0.66) *     | -                     |
| 障害者支援施設訪問ケア<br>2.91(1.157)   | -      | -   | 社会福祉精神福祉士<br>2.97 (-0.45) * | 資格ない指導員<br>3.19 (-0.67) *   | -                         | -                     |
| 自立訓練（機能訓練）<br>3.08(2.254)    | -      | -   | その他<br>3.76 (-1.18) *       | -                           | -                         | -                     |
| 自立訓練（生活訓練）<br>3.08(1.108)    | -      | -   | 社会福祉精神福祉士<br>3.46 (-0.55) * | 資格ない指導員<br>3.19 (-0.48) *   | -                         | -                     |
| 就労移行支援<br>3.19(1.161)        | -      | -   | 医師・看護師<br>3.17 (-0.77) *    | 社会福祉精神福祉士<br>3.50 (-1.10) * | その他<br>3.39 (-0.99) *     | -                     |
| 就労継続支援（雇用型）<br>3.04(1.173)   | -      | -   | 社会福祉精神福祉士<br>3.23 (-0.99) * | 資格ない指導員<br>3.45 (-1.11) *   | その他<br>3.04 (-0.70) *     | -                     |
| 就労継続支援（非雇用型）<br>3.13(1.186)  | -      | -   | 社会福祉精神福祉士<br>3.44 (-1.05) * | 資格ない指導員<br>3.57 (-1.18) *   | その他<br>3.12 (-0.73) *     | -                     |
| グループホーム<br>3.41(1.105)       | -      | -   | 当事者・家族<br>3.79 (-1.01) *    | 社会福祉精神福祉士<br>3.60 (-0.82) * | その他<br>3.59 (-0.81) *     | -                     |
| 地域活動支援センター<br>3.30(1.135)    | -      | -   | 当事者・家族<br>3.77 (-1.01) *    | 社会福祉精神福祉士<br>3.43 (-0.67) * | 資格ない指導員<br>3.01 (-0.62) * | その他<br>2.96 (-0.57) * |
| 福祉ホーム<br>2.88(1.100)         | -      | -   | 当事者・家族<br>3.14 (-0.75) *    | 社会福祉精神福祉士<br>3.01 (-0.62) * | 資格ない指導員<br>3.01 (-0.62) * | その他<br>3.20 (0.57) *  |

がない状態であり、かつ、平均得点が高いため、当事者・家族、及び専門職といった全ての人たちが障害者自立支援法に関して情報不足を感じていることが明らかとなった。

障害者自立支援法で提供されている具体的な18のサービスについての理解では、全ての項目で当事者・家族が低い傾向にあり、高い理解度を示していた社会福祉士・精神保健福祉士との間に特に有意な差が確認できた。このことは、当事者・家族に対する福祉の充実という点で、社会福祉士・精神保健福祉士の専門性、優位性が示されたと考えられる。同時にまた、社会福祉士・精神保健福祉士を配置していない施設・機関においては、当事者・家族に対して十分な対応がなされていないということも懸念される。

## 2. まとめと今後の課題

障害者自立支援法について、本研究ではその捉え方、意識に焦点を当て分析を行ってきた。その結果として、特に当事者・家族が福祉サービスについて十分理解していない状態にあることが確認できたが、ここでの結果を一般化する上での限界と今後の課題に触れておく。

まず、本研究で取り上げた障害者自立支援法は2006年に施行されたばかりで、調査を行なった段階では経過した時間がそれほど長くない。併せて、福祉サービス、施設体系そのものが新制度への移行期間にあり、本研究の調査段階では多くが旧体系のままであった。このことが、制度の理解に関する結果に影響を与えたことは否定できない。また、本研究では回答者の生活(職場)環境の周辺にある社会資源との関係性は確認していない。このため、地域での利用可能な社会資源の多少により結果に影響があったことも考えられる。加えて、測定尺度の基準が明確でないために、回答者個人の事情により得点にばらつきがあったことも考えられる。

今後はこれらを考慮した上で、福祉サービス

に対する情報や理解の格差を生み出す要因、あるいは情報や理解の格差と、実際のニーズやQOLとの関係性について分析していく必要がある。

なお、本研究は平成18-20年厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」の一部である。

(たびきとしかず

愛知淑徳大学医療福祉学部)

(おおたにきょうこ

日本福祉大学社会福祉学部)

(うへはらひさし

日本福祉大学大学院博士課程)

(のなかたけし 日本福祉大学社会福祉学部)

## 文献

- DPI・障害者インターナショナル会議(2006)『自立支援法第1弾 障害者自立支援法アンケート調査報告』DPI(障害者インターナショナル会議)、22(2)、p40-44
- 厚生労働省編(2006)『厚生労働白書(平成18年版)』ぎょうせい
- 厚生労働省編(2003)『厚生労働白書(平成15年版)』ぎょうせい
- 大阪障害者センター障害者生活支援システム研究会(2006)『障害者自立支援法のサービス利用に関する全国影響調査結果』月刊障害者問題情報、283・284、p1-33
- 坂本洋一(2006)『よくわかる障害者自立支援法』中央法規出版
- 東京都社会福祉協議会(2007)『障害者自立支援法に関する区市町村アンケート報告書』東京都社会福祉協議会
- 東京都社会福祉協議会編(2007)『障害者自立支援法とは(改訂3版)』東京都社会福祉協議会
- 山本創(2006)『第2弾障害者自立支援法調査報告』DPI(障害者インターナショナル会議)、22(3)、p22-27

# 障害者福祉分野における相談支援体制の形成過程に関する研究

—愛知県知多圏域（5市5町）を対象として—

木全和巳・高山京子・長谷川忍

## 第1章 研究の問題意識・目的・方法

### 1. 問題意識

2006年10月1日、「障害者自立支援法」（以下、自立支援法）が本格的に実施されていった。自立支援法そのものが、戦後日本の障害者福祉制度に関する大きな転換の結節点となった施策であるだけに、今後の影響は計り知れないものがある。この制度改革は、福祉サービスの提供のしくみの改定、施設体系の再編、数値目標を伴う市町村計画の策定の義務づけなど、多方面にわたる。2006年秋には、当事者などによる大きな運動の成果もあって、異例とも言える一部見直しも行われた。また、2007年にも、同様の運動がみられ、与党からは「抜本的な見直し」の報告書も出され、この報告書にもとづいて、順次見直しが行われることになっている。

この論文のテーマである相談支援事業については、先の与党プロジェクトチームの報告書では、相談支援事業の充実があげられているが、2006年10月1日以降の動きとしてあまり取り上げられることがなかった。これまでは、当事者や関係者がうまくつながることができずにいたが、実際に生活に困難をきたしている当事者、家族を支えるネットワークをつくりながら、支える仕組みづくりが提案されている。相談支援事業のコーディネーターが中心となり、行政と

とともに地域の地域自立支援協議会を運営していく中で、障害福祉計画に反映できる必要な具体的な施策の実現に向けて、手がかりができたように思われる。

このように重要な施策であるが、都道府県、市町村ともに、どのように相談支援体制を構築していったらよいかについては、試行錯誤の段階にあると思われる。こうした段階にあるが故に、実際の構築のプロセスを丁寧に聴き取り、分析する中で、課題を明らかにすることは、意味のある研究であると考えられる。

実際に愛知県内の市町村をみても、相談支援事業の体制にはかなりのばらつきがあることがわかる（愛知県内の各市町村の相談支援事業については、「市町村相談支援事業の実施状況について」、障害者地域自立支援協議会の状況については、「障害者地域自立支援協議会の設置状況」、ともに愛知県障害福祉課を参照のこと）。

この資料は、厚生労働省が2006年に行った調査の愛知県分である。相談支援事業の項目をみると、①設置は単独か広域か、②運営は直営か委託か、③実施は三障害一元化か種別ごとか包括に統括か、④対応時間は365日24時間か平日24時間か平日日中のみか、⑤業務内容としてピアカウンセリングや障害者地域自立支援協議会の運営を含んでいるかなどとなっている。

例えば、①人口比あるいは障害者数比におけ



る相談支援専門員の人数、②委託相談支援事業への市町村の委託費、③相談支援実践を行う相談支援専門員の力量（a. 単純には経験年数によって比較できる。また、b. 精神障害のある人に対する相談支援ができるかどうか、c. 精神保健福祉士や看護師の資格があるかどうかなど）までみていくと、更に力量の差までが把握できよう。

厚生労働省が上記のような量的な調査を行ったこともあり（詳細な全体像については現在公表されていない）、それぞれの市町村において相談支援事業がどのように形成されていったのかという過程を丁寧に追っていくことが、今後の相談支援事業の展開を考えていく上で重要であろう。そして、現在の各市町村の委託相談支援事業が抱えている問題の原因を明らかにしていくためにも、またこうした問題を解決しつつ今後のあり方を考える上でも、必要な方法であり、視点であると考えた。

例えば半田市は、調査をした時には、市が相談支援事業を行っているが、2008年4月からは、社会福祉協議会に委託を予定している。このように、相談支援の現状と実態から、今後も新しい体制が作られていくことは、当然ありうる。

こうした問題意識にもとづき本研究では、相談支援体制の形成過程を中心に、加えて相談件数や相談内容の分析をしつつ、現在の問題点や課題を探っていく。

## 2. 研究目的

研究の目的は、市町村における相談支援体制の形成過程の聴き取りと、相談件数や相談内容の分析を通して、相談支援事業の役割と課題について明らかにすることである。

## 3. 研究方法

具体的には、愛知県知多圏域5市5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）を対象とした。聴き取りをしたのは、委託相談支援事業者及び市町の担当者である。聴き取った内容とこの時に収集した資料により、分析を行った。

### (1) 主な聴き取り項目

①相談支援事業体制の形成過程については、委託の有無を含め形成過程をリアルに捉えるために、現在の体制にいかんして整えていったのかという点に焦点を絞った。具体的には、国の施策が順次出されていく中で、こうした諸施策をどのように捉えて、誰がどのように働きかけつつ、とりあえず現在の形に落ち着いていったのかを、具体的に聴き取ることにした。この時点での課題なども含めて、聴き取りを行い、要点をまとめつつ、事実にもとづく、歴史的な叙述の方法で、まとめていく手法をとった。

同時に、余裕がある場合には、②2006年10月から1年間の相談件数や相談内容の分析を行い、相談支援体制や形成過程における市町の比較分析も行うこととした。また、③現在の問題点や課題について、スタッフ、ネットワーク、社会資源などとの関連も考察しようとした。更に、障害者地域自立支援協議会との関連も一部聴き取りをしたが、まだ十分に機能していない市町や障害者地域自立支援協議会自体ができていない町もあり、このまとめについては、今後の課題となっている。

### (2) 聴き取り日誌

主な聴き取り日誌は、以下の通りである。

①2007年8月7日 午前10時から12時、障がい者総合支援センター元浜事務所にて。三宅さん（知多地域障害者地域生活支援センターらいふ、センター長）、神野さん（東海市社会福祉課統括主幹）、高山さん（障がい者総合支援センター 相談支援専門員）に聴取。（聴き取り：木全、長谷川）

②2007年8月21日 午後5時から6時、愛光園

にて。松澤さん（社会福祉法人愛光園 施設利用者委託相談）に聴取。（聴き取り：木全）外部からの相談は殆どない。施設の中だけ。まだ自分たちの役割についてははっきりしていない。東浦町に移転する計画があり、今後のこともある。

- ③2007年8月28日 午後4時半から5時、常滑市社会福祉協議会にて。磯村さん（常滑市社会福祉協議会事務局長）に聴取（予備調査）。（聴き取り：木全）

2006年10月から、地域活動支援センターを開設。相談支援事業と地域活動支援事業で、スタッフ2名であった。精神障害の方の来所と相談が多いので、2007年4月から精神保健福祉士（PSW）を社会福祉協議会で採用。わっばるで週2回行っている精神の相談は継続中である。わっばるのこと（市としての委託料のこと、専門性のこと）もあって、継続の予定。相談支援事業の委託先は、事業団か社会福祉協議会かということで、社会福祉協議会ではこれまでも総合相談をしていたので、社会福祉協議会への委託となった。

- ④2007年9月20日 午後4時半から6時、武豊町役場にて。後藤さん（武豊町福祉課主査）、長沢さん（前武豊町課長補佐）、出口さん（NPO法人ゆめじろう理事長、相談員）、大沢さん（ひろばわっばる、相談員）、石川さん（NPO法人チャレンジド、相談員）に聴取。（聴き取り：木全、高山）

- ⑤2007年10月3日 午前10時から12時、常滑市福祉会館にて。竹内さん（健康福祉課課長補佐）、山下さん（社会福祉協議会主査）、服部さん（社会福祉協議会、相談員）に聴取。（聴き取り：木全、高山）

- ⑥2007年10月10日 午後3時から5時、大府市役所にて。渡辺さん（福祉課課長）、土井さん（大府西包括支援センター、相談員）、竹内さん（大府東包括支援センター、相談員）、佐藤さん（大府発達支援センターおひさま、

相談員）に聴取。（聴き取り：木全、長谷川）

- ⑦2007年11月2日 午前9時半から12時、半田市役所にて。藤本さん（福祉部部长）、小野田さん（副主幹）、後藤さん（主事、相談員）に聴取。（聴き取り：木全）

現在は、相談支援事業は委託せずに市が担っていた。今後、社会福祉協議会に委託する予定であるとのことだったため、市の担当者に聴き取りを行った。

その他にも、木全が、知多圏域の市町の相談支援事業と障害者地域自立支援協議会の体制の確立と機能の活性化のために、愛知県から社会福祉法人愛光園に委託された相談支援事業の圏域アドバイザーとして、愛知県知多事務所の河辺主任主査とともに、2007年10月30日に、南知多町、美浜町を訪問している。この時入手した内容は、この研究の目的を先方に知らせていないため、この研究では、割愛する。

## 第2章 知多圏域5市5町の障害者福祉の概要

### 1. 知多圏域の5市5町の概要

知多半島は愛知県の南西に位置している。伊勢湾と三河湾に挟まれ、両湾は半島の先端の師崎沖で合流する。主要な交通網としてはJR、名古屋鉄道（名鉄）があり、中でも名鉄河和線、知多新線と常滑線、空港線が半島の主要な町を結んでいる。知多圏域は、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5市5町からなり、人口は約60万人である。

知多圏域では、ゴミ行政、介護保険などで各市町が連携しながら進めてきたという歴史的な経緯がある。たとえば、介護保険においては、東海市、大府市、知多市、東浦町の3市1町が知多北部広域連合を形成している。しかし、愛知県精神障害者社会復帰促進（地域生活支援）

事業（いわゆる退院促進支援事業）では、事業の委託先や対象領域が保健所の管轄と必ずしも一致していないなど、複雑な形態となっている。

(1) 人口、財政力指数、公債費負担の健全度など

表1：5市5町の人口と財政力指数など

|      | 人口      | 財政力指数 | 公債費負担の健全度 |
|------|---------|-------|-----------|
| 半田市  | 117,549 | 0.98  | 21.9%     |
| 常滑市  | 52,237  | 0.87  | 6.2%      |
| 東海市  | 105,714 | 1.35  | 15.9%     |
| 大府市  | 82,322  | 1.22  | 7.8%      |
| 知多市  | 84,258  | 1.10  | 8.1%      |
| 阿久比町 | 24,790  | 0.81  | 9.9%      |
| 東浦町  | 48,467  | 0.92  | 11.9%     |
| 南知多町 | 21,441  | 0.64  | 16.4%     |
| 美浜町  | 26,075  | 0.73  | 16.7%     |
| 武豊町  | 41,659  | 1.18  | 10.5%     |
| 合計   | 604,512 |       |           |

(人口は平成17年4月17日現在、指数は平成17年度普通会計決算による)

南知多町、美浜町という農漁業と観光などが主な産業であり、財政力が弱い町と、東海市、大府市のように、新日鐵や豊田自動織機など、トヨタ自動車関連の大企業があり、比較的財政力がある市町が混在している。

詳しくは、各市町の市町村財政比較分析表(平成17年度普通会計決算)を参考のこと。本来ならば、決算における民生費の占める割合、うち障害者福祉の占める割合などの一覧が必要であろう。その上で、たとえば、障害者自立支援法における知的障害のある一人一人あたりの費用などの比較も、今後検討すべき課題である。

(2) 障害者数

愛知県知多圏域市町

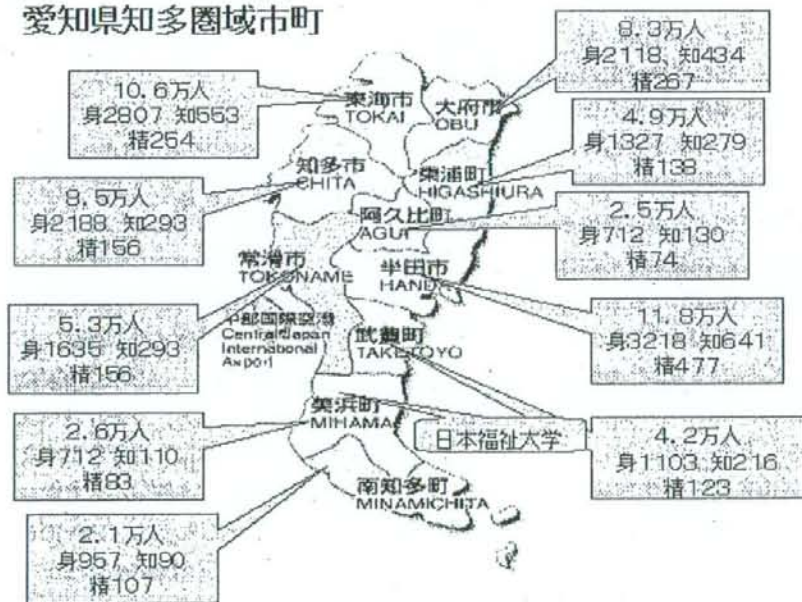


図1：人口とそれぞれの障害の手帳保持者数

1) 愛知県全体と知多圏域の手帳保持者数。(2006年4月1日現在)

|      | 人口(比)         | 身体障害者手帳      | 療育(愛護)手帳    | 精神障害者保健福祉手帳 |
|------|---------------|--------------|-------------|-------------|
| 愛知県  | 7,259,495人    | 216,258人     | 35,672人     | 22,710人     |
| 知多圏域 | 599,005人(8.2) | 16,426人(7.6) | 3,021人(8.5) | 1,801人(7.9) |

障害者福祉分野における相談支援体制の形成過程に関する研究

2) 知多圏域5市5町の障害者手帳保持者数

①身体障害者 (2007年4月1日現在)

表2: 身体障害者数

| 市町    | 総人口 (A)<br>(人) | (B)/(A)<br>(%) | 障害種別 (人) |       |                |       |       | 計 (B)  |
|-------|----------------|----------------|----------|-------|----------------|-------|-------|--------|
|       |                |                | 視覚       | 聴覚・平衡 | 音声・言語・<br>そしゃく | 肢体    | 内部    |        |
| 半田市   | 117,549        | 2.74%          | 199      | 268   | 27             | 1,817 | 907   | 3,218  |
| 常滑市   | 52,237         | 3.13%          | 128      | 144   | 23             | 898   | 442   | 1,635  |
| 東海市   | 105,714        | 2.66%          | 163      | 187   | 30             | 1,595 | 832   | 2,807  |
| 大府市   | 82,322         | 2.57%          | 106      | 191   | 28             | 1,172 | 621   | 2,118  |
| 知多市   | 84,258         | 2.60%          | 112      | 149   | 22             | 1,270 | 635   | 2,188  |
| 阿久比町  | 24,790         | 2.87%          | 35       | 44    | 9              | 416   | 208   | 712    |
| 東浦町   | 48,467         | 2.74%          | 80       | 92    | 15             | 778   | 362   | 1,327  |
| 南知多町  | 21,441         | 4.46%          | 70       | 90    | 10             | 576   | 211   | 957    |
| 美浜町   | 26,075         | 2.73%          | 62       | 49    | 11             | 428   | 162   | 712    |
| 武豊町   | 41,659         | 2.65%          | 62       | 59    | 9              | 602   | 371   | 1,103  |
| 知多圏域計 | 604,512        | 2.78%          | 1,017    | 1,273 | 184            | 9,552 | 4,751 | 16,777 |

②知的障害者 (2007年4月1日現在)

表3: 知的障害者数

| 市町    | 総人口 (A)<br>(人) | (B)/(A)<br>(%) | 重軽度別 (人) |     |     |       | 計 (B) |
|-------|----------------|----------------|----------|-----|-----|-------|-------|
|       |                |                | 重度       | 中度  | 軽度  |       |       |
| 半田市   | 117,549        | 0.55%          | 257      | 216 | 168 | 641   |       |
| 常滑市   | 52,237         | 0.56%          | 119      | 89  | 85  | 293   |       |
| 東海市   | 105,714        | 0.52%          | 205      | 175 | 173 | 553   |       |
| 大府市   | 82,322         | 0.53%          | 162      | 118 | 154 | 434   |       |
| 知多市   | 84,258         | 0.47%          | 178      | 101 | 120 | 399   |       |
| 阿久比町  | 24,790         | 0.52%          | 60       | 49  | 21  | 130   |       |
| 東浦町   | 48,467         | 0.58%          | 121      | 79  | 79  | 279   |       |
| 南知多町  | 21,441         | 0.42%          | 48       | 24  | 18  | 90    |       |
| 美浜町   | 26,075         | 0.42%          | 50       | 30  | 30  | 110   |       |
| 武豊町   | 41,659         | 0.52%          | 89       | 52  | 75  | 216   |       |
| 知多圏域計 | 604,512        | 0.52%          | 1,289    | 933 | 923 | 3,145 |       |

③精神障害者 (2007年3月31日現在)

表4: 精神障害者数

| 市町    | 総人口 (A)<br>(人) | (B)/(A)<br>(%) | 等級別 (人) |       |     |       | 計 (B) |
|-------|----------------|----------------|---------|-------|-----|-------|-------|
|       |                |                | 1級      | 2級    | 3級  |       |       |
| 半田市   | 117,549        | 0.41%          | 52      | 301   | 124 | 477   |       |
| 常滑市   | 52,237         | 0.30%          | 12      | 100   | 44  | 156   |       |
| 東海市   | 105,714        | 0.24%          | 16      | 159   | 79  | 254   |       |
| 大府市   | 82,322         | 0.32%          | 24      | 166   | 77  | 267   |       |
| 知多市   | 84,258         | 0.26%          | 21      | 144   | 58  | 223   |       |
| 阿久比町  | 24,790         | 0.30%          | 4       | 42    | 28  | 74    |       |
| 東浦町   | 48,467         | 0.28%          | 18      | 81    | 39  | 138   |       |
| 南知多町  | 21,441         | 0.50%          | 14      | 76    | 17  | 107   |       |
| 美浜町   | 26,075         | 0.32%          | 8       | 50    | 25  | 83    |       |
| 武豊町   | 41,659         | 0.30%          | 8       | 78    | 37  | 123   |       |
| 知多圏域計 | 604,512        | 0.31%          | 177     | 1,197 | 528 | 1,902 |       |