

全国保健所の精神障害者デイケアサービスの 実施状況の推移と影響要因

サエキ ケイゴ ヤマダ マサヒロ ヤマシタ ノリコ アリノ コ
佐伯 圭吾*1 山田 全啓*3 山下 典子*4 有埜 みや子*5
カクノ フミヒコ ウエムラ ナオコ ハタシタ ヒロヨ クルマタニ ノリオ
角野 文彦*6 植村 直子*7 畑下 博世*8 車谷 典男*2

目的 わが国の保健所は精神障害者デイケア提供に先駆的かつ重要な役割を担ってきたが、1999年の精神保健福祉法改正、2005年の障害者自立支援法施行によって、障害者福祉を主に担当する行政機関は都道府県から市町村に移行された。これらの法整備は保健所デイケアのあり様に影響を及ぼしていると考えられるが、その状況は明らかでない。そこで、精神障害者を対象とした保健所デイケアの実施状況の推移と、調査時現在のデイケア実施の有無にかかわる要因の検討を目的として本研究を実施した。

方法 全国517保健所（調査時現在）の精神保健福祉担当者宛てに、自記式調査票を2008年10月から2009年1月にかけて郵送にて配布し、回収した。調査票では、管内人口、保健所デイケアの過去からの実施状況、デイケアを終了した保健所にはその理由、管内の精神科医療機関数や精神保健福祉施設数などについての回答を求めた。

結果 411保健所（79.5%）から回答が得られた。県型保健所でのデイケアの実施割合は1975年から増加し、1997年と1998年にピーク（91.5%）を形成した後、2002年以降は急速に減少し、調査時（2008年）には23.7%にまで低下していた。これに対し、市区型保健所の減少はなだらかで、その結果、調査時現在のデイケア実施割合は県型保健所が、政令指定都市型の50.0%、中核市型の71.4%、特別区保健所の81.3%に比べ有意に低率であった（ $P < 0.01$ ）。調査時現在のデイケア実施の有無を目的変数、保健所区分、管内の精神科医療機関数、精神福祉施設数、デイケア実施施設数などを説明変数とした多重ロジスティック回帰分析では、保健所区分のみが有意な関連を示した。また、県型保健所のうちデイケアを「実施している」保健所と「実施していない」保健所との比較では、前者に比べて後者の管内人口10万人当たりの精神福祉施設数が有意に多かった（ $P < 0.01$ ）。

結論 県型保健所における精神障害者のためのデイケアサービスの実施割合は大きく減少し、その減少には、精神保健福祉法改正や障害者自立支援法施行により精神障害者福祉の窓口となる行政機関が保健所から市町村へ変化したことや、地域の精神福祉資源数が関与していたことが示唆された。

キーワード 保健所、精神障害者デイケア、精神保健福祉法、障害者自立支援法

I 緒 言

精神障害者のためのデイケアは、外来治療の

みでは十分対応できない在宅慢性精神障害者を対象とした医学的・心理社会的な治療の場として位置づけられている。入院中心の医療から在

*1 奈良県立医科大学地域健康医学教室助教 *2 同教授 *3 奈良県郡山保健所長 *4 同保健主査 *5 同主幹
*6 滋賀県健康福祉部健康推進課長 *7 滋賀医科大学医学部看護学科地域生活看護学講座助教 *8 同教授

宅ケアや社会復帰を重視した医療へという精神保健福祉の流れの中で、デイケアは今後一層重要になると考えられる¹⁾²⁾。

わが国では1970年代後半から各地に設置された精神保健福祉センターでデイケアの実施や指導が行われるようになり、保健所によるデイケアも1975年に精神障害者社会復帰相談指導事業として制度化され、精神障害者の社会復帰に先駆的役割を担ってきた³⁾。1980年代半ばからはデイケアに対する社会保険診療報酬が整備され、民間医療機関によるデイケアサービスも増加したが、公的サービスとしての保健所精神障害者デイケアはこの間も重要な役割を果たしていた。しかし、1999年の精神保健福祉法の改正と2005年の障害者自立支援法の施行は、精神障害者福祉を提供する中心的行政機関を都道府県から市町村へと移行させるもので、精神科デイケアを含む精神障害者に対する相談・指導は、従来からの精神保健福祉センターや保健所に加えて市町村も担うことになった。これらの法整備は保健所のデイケアのあり様に影響を及ぼしていると考えられるが、その実態は必ずしも明らかでない。そこで、保健所デイケアの実施状況の推移と調査時現在の実施の有無についての関連要因を検討する目的で、本研究を実施した。

Ⅱ 方 法

調査時現在で全国517保健所（都道府県型保健所389カ所、政令指定都市型保健所（保健所政令市型8カ所を含める）66カ所、中核市型保健所39カ所、特別区保健所23カ所）の精神保健福祉担当者宛てに、著者らが独自に作成した自記式調査票を2008年10月に郵送配布し、同封した返信用封筒にて返却を求めた。同年12月に未返却保健所に対し調査票を再送付して督促したのち、2009年1月に回収を終了した。

調査票は、①保健所管内の人口、精神保健福祉手帳発行数、自立支援医療費受給者数、②精神障害者を対象とした過去から調査時現在までの毎年の保健所デイケア実施の有無、③デイケアを終了した保健所にはその理由（5つの選択

肢（後述）から重複可で回答を求める形式）、④精神保健福祉に関連する社会資源の指標として、管内の精神障害者デイケア実施施設数、精神科病院数、精神科診療所数、精神障害者福祉施設（地域活動支援センターⅠ・Ⅱ・Ⅲ型、グループホーム、自立機能訓練および自立生活訓練給付施設、就労継続支援A型・B型、ケアホーム、援護寮、通所授産施設、小規模通所授産施設、精神障害小規模作業所）の設置数の記入などから構成した。

解析にあたって、保健所管内人口、管内人口10万人当たりの精神保健福祉手帳発行数、自立支援医療費受給者数、精神科病院数、精神科診療所数、精神福祉施設数、デイケア実施施設数はいずれも正規分布を示さなかったため、これらの要約統計量としては中央値（25%タイル値、75%タイル値）を用い、2群間の差の検定にはMann-Whitney test、多重比較にはSteel-Dwass testを用いた。調査時現在のデイケア実施の有無についての関連要因の検討には、デイケア実施の有無を目的変数、保健所区分、管内の精神科病院数、精神科診療所数、保健所以外のデイケア実施施設数、精神障害者福祉施設数、精神保健福祉センターの有無を説明変数とした多重ロジスティック回帰モデルでオッズ比と95%信頼区間を求めた。この時、精神科病院数、精神科診療所数、精神福祉施設数、デイケア実施数はいずれも管内人口10万人当たりで換算した上で、四分位で4群に分類した。

統計解析にはSPSS（ver17）を用い、得られたP値が5%未満の場合に帰無仮説を棄却した。

なお、以下では都道府県型保健所を単に県型保健所、それ以外の保健所は一括する場合に市区型保健所と略した。

本研究の実施にあたっては滋賀医科大学倫理委員会の承認を受けた。

Ⅲ 結 果

（1）回収率と回答者の職種

調査票は411保健所から回収できた（回収率79.5%）。回答者の職種は保健師が67.9%（279

／411) と最も多くを占め、次いで精神保健福祉士12.9% (53／411) であった。保健所区分別の回収率は県型保健所81.2% (316／389)、政令指定都市型保健所66.7% (44／66)、中核市型保健所89.7% (35／39)、特別区保健所69.6% (16／23) で、表1にそれら回答のあった保健所型別の基本特性を示す。県型保健所の管内人口の中央値は14.1万人で、政令指定都市型、中核市型、特別区の保健所に比べて有意に少なく、また政令指定都市型の管内人口は中核市型に比べ有意に少なかった。管内人口10万人当たりの精神保健福祉手帳発行数と自立支援医療費受給者数には差は認められなかった。

表1 保健所区分別の基本特性

	回収数	管内人口 (万人)	管内人口10万人当たり	
			精神保健福祉手帳発行数	自立支援医療費受給者数
県型	316	14.1[8.2, 26.3]	339[274, 452]	862[700, 1 043]
政令指定都市型	44	20.2[13.5, 50.2]a	383[341, 509]	873[796, 1 127]
中核市型	35	38.6[34.4, 47.5]ab	374[311, 448]	845[726, 1 066]
特別区	16	28.3[20.2, 52.5]a	354[271, 392]	858[699, 1 133]

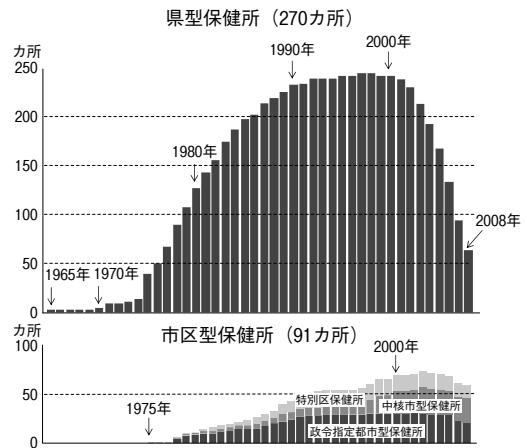
注 1) 回収数を除く数値は、中央値 [25%タイル値, 75%タイル値] を示す。
 2) 多重比較で、a は都道府県型と P<0.01で、b は政令指定都市型と P<0.01で、それぞれ有意差があることを示す。

(2) デイケア実施割合の推移

調査票を回収した411の保健所のうち、図1に、精神障害者デイケアの開始年からその後の毎年の実施の有無について回答が得られた361保健所のデイケア実施施設数の経年推移を保健所区分別に示す。県型保健所のデイケアは1965年に始まり、その実施割合は1975年から増加して1997年と1998年に最高値 (91.5%) に達し、2002年以後急速に減少している。今回の調査時点の2008年には23.7%と20%台前半にとどまっている。一方、市区型保健所での実施割合は1975年から順次増え、2003年には80.2% (73／91) と最も多くなっている。その後の減少は緩やかで、2008年では64.8%と県型保健所の2.7倍の実施割合を示している。実施割合の内訳は、政令指定都市型保健所が50.0%、中核市型保健所が71.4%、特別区保健所が81.3%であった。

デイケアを調査時 (2008年) 現在、「実施していない」と回答した保健所は282カ所あったが、5つの選択肢の中からデイケア終了の理由について複数選択による回答を求めたところ、最も多かった理由は「保健所デイケア以外の社会資源の充実」(68.8%) で、「予算確保ができ

図1 保健所における精神障害者デイケア実施数の推移



ない」(42.8%)、「デイケアを市町村が実施するようになった」(42.4%)、「マンパワーが足りない」(25.2%)、「参加者がいなくなった」(9.6%) の順であった。

(3) デイケア実施の有無と管内社会資源の比較

表2に調査時現在デイケアを「実施している」と回答した128保健所と「実施していない」と回答した282保健所について、精神保健福祉関連の社会資源の指標とした管内人口10万人当たりの精神科病院数、精神科診療所数、精神福祉施設数、デイケア実施施設数を、保健所区分別に比較した結果を示す。県型保健所では「実施していない」群の精神福祉施設数が「実施している」群に比べ有意に多く、その他の社会資源数も有意でないものの大きい値を示した。一方、市区型では「実施」の有無で有意な違いもなく一定の傾向もみられなかった。

(4) デイケア実施に関する要因についての解析

デイケアを調査時現在、「実施していない」に対する「実施している」についての関連要因のオッズ比(95%信頼区間)を表3に示す。1を超えている項目が「実施している」側に傾く要因である。県型を基準とした粗オッズ比は、政令指定都市型が3.82(1.98-7.36)、中核市型が9.12(4.18-19.91)、特別区が15.80(4.38-57.05)と有意に1を超えていた。さらに精

神科診療所数のうち第1四分位を基準とした時の第4四分位のオッズ比が2.60(1.43-4.72)と同じく有意に1を上回っていた。一方、粗オッズ比が1より有意に低かったのは、精神科病院数の第1四分位を基準とした場合の第2、第3、第4四分位、精神福祉施設数の第1四分位を基準にした時の第3四分位と第4四分位であった。しかし、保健所区分、精神科病院数、精神科診療所数、精神保健福祉センター設置の有無、精神福祉施設数、デイケア実施施設数を同時に説明変数とする多重ロジスティックモデルから求めたデイケア「実施していない」に対する「実施している」の有意な要因は保健所区分のみで、その調整オッズ比は県型を基準とした場合、政令指定都市型で4.17(1.84-9.44)、中核市型で14.06(5.49-36.05)、特別区で13.39(3.36-53.35)であった。

表2 保健所における精神障害者デイケア実施の有無と精神保健福祉関連社会資源数(人口10万対)の比較

	実施している	実施していない	P値
県型保健所	68カ所	248カ所	
精神科病院	1.4[0.7, 2.1]	1.6[1.0, 2.3]	0.16
精神科診療所	1.2[0.5, 2.1]	1.4[0.5, 2.3]	0.53
精神福祉施設	4.9[2.6, 9.1]	6.8[4.2, 11.1]	<0.01
デイケア実施施設	1.7[1.0, 3.0]	1.9[1.2, 3.4]	0.13
市区型保健所	60カ所	34カ所	
精神科病院	1.1[0.6, 1.9]	1.3[0.5, 2.0]	0.67
精神科診療所	3.1[2.2, 5.0]	3.6[2.4, 5.9]	0.61
精神福祉施設	4.9[3.7, 8.0]	5.2[3.4, 7.1]	0.78
デイケア実施施設	1.4[0.9, 1.9]	1.3[0.9, 2.1]	0.76

注: 調査票が回収できた411保健所のうち、調査時現在のデイケア実施の有無に無回答であった1保健所を除いた410保健所の結果。回答数を除く数値は、中央値[25%タイル値, 75%タイル値]を示す。P値はMann-Whitney testによる。

表3 デイケア実施に関連する要因の粗オッズ比および調整オッズ比

	粗オッズ比 (95%信頼区間)	調整オッズ比 (95%信頼区間)
保健所区分		
県型	1	1
政令指定都市型	3.82(1.98- 7.36)	4.17(1.84- 9.44)
中核市型	9.12(4.18-19.91)	14.06(5.49-36.05)
特別区	15.80(4.38-57.05)	13.39(3.36-53.35)
精神科病院数(管内人口10万対)		
第1四分位 (<0.88)	1	1
第2四分位 (0.88≤<1.43)	0.52(0.29- 0.93)	0.52(0.26- 1.05)
第3四分位 (1.43≤<2.25)	0.45(0.25- 0.81)	0.61(0.29- 1.29)
第4四分位 (2.25≤)	0.46(0.26- 0.83)	0.56(0.26- 1.23)
精神科診療所数(管内人口10万対)		
第1四分位 (<0.80)	1	1
第2四分位 (0.80≤<1.68)	1.37(0.74- 2.54)	1.25(0.64- 2.47)
第3四分位 (1.68≤<2.88)	1.24(0.67- 2.32)	0.80(0.39- 1.64)
第4四分位 (2.88≤)	2.60(1.43- 4.72)	0.99(0.46- 2.15)
精神保健福祉センターの設置		
あり	1	1
なし	1.62(0.88- 3.00)	0.67(0.29- 1.50)
精神福祉施設数(管内人口10万対)		
第1四分位 (<3.61)	1	1
第2四分位 (3.61≤<5.92)	0.83(0.47- 1.45)	0.72(0.37- 1.39)
第3四分位 (5.92≤<9.94)	0.53(0.30- 0.96)	0.54(0.27- 1.07)
第4四分位 (9.94≤)	0.49(0.27- 0.89)	0.60(0.29- 1.22)
デイケア実施施設数(管内人口10万対)		
第1四分位 (<1.10)	1	1
第2四分位 (1.10≤<1.72)	1.05(0.60- 1.85)	1.27(0.63- 2.55)
第3四分位 (1.72≤<2.82)	0.69(0.38- 1.24)	1.04(0.49- 2.21)
第4四分位 (2.82≤)	0.57(0.31- 1.05)	1.34(0.60- 3.01)

Ⅳ 考 察

「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究班」と厚生労働省が、都道府県と指定都市に対して実施した調査結果である「精神保健福祉資料」⁴⁾⁵⁾によれば、デイケアを実施する精神科病院や精神科診療所、さらに精神科外来のある精神保健福祉センターの施設数は、調査開始年の1996年から2007年にかけて増加していることが示されている。

これに対し保健所における精神障害者のためのデイケアの実施割合は、今回の結果(図1)によれば、特に県型の場合、1975年から増加し、1997年と1998年に最高値を示したのち、2002年以降はむしろ急速に減少していることがわかる。保健所でのデイケアが増加し始めた時

期は、精神障害者社会復帰相談指導事業として保健所デイケアが法整備⁹⁾された1975年に一致し、減少の始まりは2002年の精神保健福祉法の改正時期にはほぼ一致している。改正精神保健福祉法では、精神保健福祉手帳や通院医療費公費負担に関する窓口業務、社会復帰施設・社会機能訓練事業および居宅生活支援事業等の相談・助言・斡旋・調整業務、そして精神障害者居宅生活支援事業の中心的役割を、都道府県でなく市町村が担うことに定められた⁶⁾⁷⁾。さらに2005年には身体障害・知的障害・精神障害に対するサービス提供の主体を市町村に一元化する障害者自立支援法が施行された。すなわち、このような2002年と2005年の法整備で、精神障害者福祉の実施主体が県型保健所から市町村に移行した結果、保健所の精神保健福祉における役割や業務に変化が生じて⁸⁾、県型保健所のデイケア実施割合が低下したのに対し、市区の役割も担う政令指定都市型、中核市型、特別区の保健所の多くはデイケアを継続していることが、今回の結果に反映されていると考えることができる。

法整備によって行政機関の窓口が市町村に移行後、これまで実施していなかったデイサービスを市町村が開始するには、経費やノウハウや人材面で困難が生じた可能性がある。特に小規模市町村では、医療機関によるデイサービスが乏しかったり、利用者が少数にとどまったりなど、デイサービスの新規立ち上げが難しかったと想像される。利用者である精神障害者の立場からすれば、法整備後、市町村保健センターやその他施設のデイサービス、あるいはデイサービス以外の精神保健福祉サービスが適時提供されることによって、サービスの「受け渡し」が円滑に行われてきたかが注目される。その点で、保健所が自らのデイサービスを終了させることを決定する際の判断材料に、保健所以外での精神保健福祉サービスの実施状況も考慮されていたかの検討は意味がある。

保健所での調査時現在のデイケア実施の有無を目的変数、保健所区分と管内社会資源数を説明変数とするロジスティック回帰分析では、粗

オッズ比は保健所区分、少ない精神科病院数、多い精神科診療所数、少ない精神福祉施設数⁹⁾が有意な関連を示したものの、調整オッズ比では保健所区分のみが有意な要因として残った(表3)。このことは、前述のごとく精神保健福祉の主たる担当行政機関の法的整備に伴う市町村への移行が、県型保健所でのデイケアの終了につながったことを支持するものである。加えて一方で、デイケアの実施終了の理由を選択させた結果は「保健所デイケア以外の社会資源の充実」を挙げた保健所が最も多く、事実、県型保健所に限った結果であるが、精神障害者デイケアを現在「実施していない」保健所が「実施している」保健所に比べ、精神福祉施設数が有意に多いなど管内社会資源数が多い傾向が認められた(表2)。市区型保健所でそのような傾向が認められなかったのは標本数が十分でなかった可能性が考えられる。しかし、今回はいずれにしても断面調査であることから、保健所以外の社会資源が多いため保健所デイケアを終了したのか、その逆かの時間的關係は不明である。また、県型保健所がデイケアを終了した理由として、保健所の精神保健福祉関連業務が増加したことの可能性も指摘されている⁹⁾。1999年の精神保健福祉法改正で同法34条の医療保護入院等のための移送制度が創設されたことや、保健所の統廃合で保健所数が減少したことなどによる。

本研究は、調査票の信頼性と妥当性が検証できていない点や、管内の精神保健福祉関連社会資源の指標として施設数を用いたが、病床数や利用者数など施設規模を示す指標は用いていない点に限界がある。また、Response biasも考慮する必要がある。本調査に未回答の保健所は精神障害者デイケアに対する関心が低い可能性がある。そのため、実際のデイケア実施割合は今回の研究結果より低いかも知れない。しかし、本研究は保健所における精神障害者に対するデイケアの推移と実施状況に関する初めての全国悉皆調査であり、調査票の回収率が79.5%と高く、全体像をほぼ反映していると思われる。

謝辞

調査にご協力いただいた全国保健所長会並びに保健所精神保健福祉担当の皆様方に深謝申し上げます。なお、本研究は平成20年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）「障害者自立支援法を踏まえた保健所、精神保健福祉センターの役割と機能の検討および連携システムの構築」の部分研究として行ったものである。

文 献

- 1) 有泉加奈絵, 近藤直司. 精神保健福祉センターと保健所におけるデイケアの現状と諸問題. 臨床精神医学 2001 : 30 (2) : 127-33.
- 2) 田中英樹. 保健所デイケアの課題と展望. デイケア実践研究 2005 : 9 (1) : 124-8.
- 3) 池淵恵美. デイケアの歴史と現在. 臨床精神医学 2001 : 30 (2) : 105-10.
- 4) 竹島正. 精神科医療はどのように変わるか—精神保健医療福祉の改革ビジョンと障害者自立支援法—. 日本社会精神医学会雑誌 2007 : 16 : 193-8.
- 5) 目で見える精神保健福祉 4 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部 (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/medemirudata.html>) 2011.2.2.
- 6) 益子茂. 改正精神保健福祉法施行にあたって. ころの健康 2001 : 16 (2) : 37-43.
- 7) 金子晃一. 精神保健福祉法改正の方向. 日本社会精神医学会雑誌 2000 : 9 : 195-207.
- 8) 張瑩, 角田正史, 高岡道雄, 他. 精神保健福祉法改正に伴う保健所の精神保健福祉業務の変化についての全国調査. 北里医学 2008 : 38 : 1-9.
- 9) 益子茂, 白石和己. 移送制度（改正精神保健福祉法第34条の医療保護入院等のための移送）. 日本社会精神医学会雑誌 2002 : 11 : 112-5.