

厚生労働省
平成 23 年度障害者総合福祉推進事業

地域精神保健福祉活動における
保健所機能強化ガイドラインの作成
報告書

平成 24(2012)年 3 月
社団法人 日本精神保健福祉連盟

厚生労働省

平成 23 年度障害者総合福祉推進事業

地域精神保健福祉活動における
保健所機能強化ガイドラインの作成
報告書

平成 24 (2012) 年 3 月

社団法人 日本精神保健福祉連盟

目 次

I. 総括研究報告

地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成

清泉女学院大学 清泉女学院短期大学／(社)日本精神保健福祉連盟
吉川 武彦

..... 1

II. 分担研究報告

1. 保健所及び市区町村における精神保健福祉業務に関する調査

(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所／全国精神保健福祉連絡協議会
竹島 正

..... 7

2. 保健所等に勤務する地域保健従事者のための地域精神保健福祉活動の手引き

岡山県精神保健福祉センター
野口 正行

..... 59

3. 「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」改訂 検討報告書

鹿児島県始良保健所兼大口保健所
宇田 英典

..... 85

名簿

I . 総括研究報告

地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成
総括研究報告書

検討委員長 吉川 武彦 (清泉女学院大学 清泉女学院短期大学/日本精神保健福祉連盟)
検討委員／事業分担者
竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
/全国精神保健福祉連絡協議会)
野口 正行 (岡山県精神保健福祉センター)
宇田 英典 (鹿児島県始良保健所兼大口保健所)

要旨：

【目的】 地域精神保健福祉活動における保健所の機能強化に向けた実践事例の調査を行うとともに、保健所等の地域精神保健福祉活動の現場の業務に資する手引き書を作成すること、また「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂において、改訂すべき箇所と内容を明らかにすることを目的とした。

【方法】 保健所等調査グループでは、保健所、市区町村、精神保健福祉に関連する団体・施設を対象に質問紙調査を行った。手引き書作成グループでは、地域精神保健医療福祉活動に経験の浅い保健所職員を読者に想定した手引きを作成した。「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂検討グループでは、要領に関する課題や論点をまとめた。また東日本大震災発生後の保健所及び市町村における地域精神保健福祉活動の関する現地調査とヒアリングを行った。

【結果および考察】 保健所等調査の結果、精神保健福祉法によってほぼ一元的に進められてきた精神保健福祉は、法律の事務分掌をもとに、保健（健康づくり）と障害者福祉等で分離して扱われるようになってきていることが明らかになった。また保健所または市町村と団体・施設の連絡調整の頻度に、団体・施設の区分によって顕著な差が見られ、精神保健医療、障害者自立支援は連携が多いものの、ひきこもり、依存症関連、自殺対策、日本てんかん協会支部、被害者支援では少ないことが推測された。手引き書作成グループでは、(1)手引きの目的、(2)精神保健福祉の動向、(3)相談・訪問、(4)危機介入、(5)関連機関との連携・業務分担、(6)まとめ、(7)資料から構成される手引きを作成した。「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂検討グループでは、要綱の新たな視点として、(1)中核市型自治体、(2)心の健康の保持増進、(3)自殺対策、(4)自然災害、(5)医療計画、(6)児童虐待、(7)精神障害者の地域移行支援の7つを抽出した。東日本大震災被災地の現地調査の結果、(1)保健所の組織形態、(2)人材不足、(3)情報の把握と提供体制、(4)地域組織育成、(5)把握されていない障害者の顕在化、(6)福祉避難所の設置、(7)こころのケアチームの調整機能、(8)ネットワーク会議、(9) 職員の安全管理と健康管理、(10)業務分担制による専門化と生活一般への総合的サービス提供のバランス、(11)生活保護世帯の増加への対応、(12)業務を通じた日常的連携体制の構築の重要性の12項目を抽出した。

【結論】 「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」は、「精神保健福祉センター運営要領」と同時に改訂することによって、新たな時代に対応した、行政の精神保健福祉の大きな方向を示す抜本的な改訂になることが期待される。

A. 目的

保健所及び市町村は、地域における精神保健福祉の中心的な行政機関として、地域社会との緊密な連絡協調のもとに、精神障害者の

早期治療の促進ならびに社会復帰および自立と社会経済活動への参加の促進を図るとともに、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を行うことが期待されている。

しかし、地域保健体制の変化と保健所数の減少とともに、保健所の機能は低下してきたとの指摘がある。

本研究は、地域精神保健福祉活動における保健所の機能強化に向けた実践事例の調査を行うとともに、保健所等の地域精神保健福祉活動の現場の業務に資する手引き書を作成することを目的とした。また、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂に向けて、改訂すべき箇所と内容を明らかにすることを目的とした。

B.方法

吉川武彦(清泉女学院大学 清泉女学院短期大学/日本精神保健福祉連盟)を座長とする検討委員会を設置し、3つのワーキンググループを設けて調査研究を行った。

保健所等調査グループ：保健所、市町村における「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の運用実態の質問紙調査、地域精神保健福祉活動に関係する機関等における保健所、市町村との連携の実態等について、保健所、市区町村、精神保健福祉に関連する団体・施設を対象に質問紙調査を行った。保健所調査は、平成23年4月現在の全国の保健所495箇所を対象とした。市区町村調査は、平成23年3月31日時点の全国の市区町村1,756箇所(786市、23特別区、757町、190村)の約半数を無作為に抽出した875の市区町村(392市、12特別区、379町、92村)を対象とした。団体・施設調査は、各都道府県及び政令指定都市の精神保健福祉センター68箇所を経由しての依頼によるもので、地域精神保健福祉活動に関係する機関680箇所を対象とした。

手引き書作成グループ：「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」、「精神保健分野における危機管理に関するガイドライン」等を踏まえて、地域精神保健医療福祉活動に経験の浅い保健所職員を読者に想定した「保健所などに勤務する地域保健従事者のための地域精神保健福祉活動の手引き」を作

成した。手引き作成に当たっては、資料文献を収集の上、手引き作成グループによる検討会を行い、グループの構成員による執筆の後、グループ代表者が全体の調整を行った。

「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂検討グループ：平成22年度厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)「危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究」(研究代表者 多田羅浩三)の研究成果などを踏まえながら、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」に関する課題や論点をまとめた。また東日本大震災発生後の保健所及び市町村における地域精神保健福祉活動の関する現地調査とヒアリングを行った。現地調査においては、一定の平準化を図るため、グループで作成したヒアリングシートを用いた。ヒアリングに当たっては、平時の精神保健医療福祉体制の課題やひずみが健康危機時に増幅されるという観点から、評価すべき点、課題、仕組みとして提案・提言したい点を抽出・整理した。

C.結果

保健所等調査グループ：保健所調査の結果、精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課が同じであるのは、県型約6割、中核市型3分の1、指定都市型約6割であった。また市区町村調査で両担当課が同じであるのは、「人口10万人未満」約7割、「人口10万以上30万未満」約3分の2、「人口30万人以上」半数であった。保健所の主たる業務が精神保健福祉の常勤職員数は、県型、中核市型、指定都市型を比較すると、人口規模が小さいとはいえ、県型において少ない傾向が見られた。また、市区町村においても「人口10万人未満」等の人口規模の小さい自治体において少ない傾向が見られた。県型における市区町村との連絡調整の内容では、精神保健福祉相談・訪問指導といった、さし迫った課題への対応のほか、精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討、自殺対策等の新たな課題への対応が多

かった。団体・施設の調査においては、保健所または市町村との連絡調整の頻度に、団体・施設の区分によって顕著な差が見られ、精神保健医療、障害者自立支援は連携が多いものの、ひきこもり、依存症関連、自殺対策、日本てんかん協会支部、被害者支援では少ないとの回答が多かった。

手引き書作成グループ：主たる読者を、地域精神保健医療福祉活動に経験の浅い保健所職員を想定して、(1)手引きの目的、(2)精神保健福祉の動向、(3)相談・訪問、(4)危機介入、(5)関連機関との連携・業務分担、(6)まとめ、(7)資料から構成される手引きを作成した。

「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂検討グループ：「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」に関する課題や論点として、これまで業務要領に記載されていた項目に加えて、新たな視点として、(1)中核市型自治体、(2)心の健康の保持増進、(3)自殺対策、(4)自然災害、(5)医療計画、(6)児童虐待、(7)精神障害者の地域移行支援の7つの項目を抽出した。(1)については、(a)総合的な精神保健医療福祉施策のための都道府県施策との積極的な連携 (b)中核市型保健所における障害福祉部局、自立支援協議会等との連携と総合的な施策の推進、(c)措置診察業務について通報を受理する中核市型保健所と措置診察を実施する都道府県等との間の積極的な連携、(d)精神保健福祉関連の専門職の複数配置と多職種によるチームアプローチの推進、(e)保健所職員の研修の協働実施による資質の向上等の意見があった。(2)については、(a)こころの健康の保持増進に関する保健所機能の強化、(b)ライフステージに応じたこころの健康づくり、(c)こころの健康づくりを支援する体制の整備、(d)既存体制のニッチ（隙間）の分野における体制の整備等の意見があった。(3)については、(a)地域の実態把握とそれを地域の関係機関・団体の情報収集・解析・還元するネットワーク、(b)対策の実践における地域のネットワーク、(c)危機介入に関する役割、(d)自殺未遂者・自死遺

族等のケアに関する役割、(e)地域における総合的自殺対策に取り組んでいく役割を担う機関・その体制についての意見等があった。(4)については、(a)こころのケア体制構築・維持の中核としての保健所の位置づけの明確化、(b)被災を免れた被災地における精神保健福祉分野の中核的機能、(c)被災地における精神科医療確保と被災地域の心の健康の回復に中長期的に関わっていく中核的機能等の意見があった。(5)については、(a)医療計画に定める疾患として新たに精神疾患が追加されることから、障害福祉計画や介護保険事業支援計画との連携を踏まえつつ、精神疾患の病期や個別の状態像に対応した適切な医療体制を構築し維持するために保健所が行うべき業務をあらためて整理し明記すること、(b)精神疾患の発症予防及び早期発見・支援、(c)医療連携体制構築における機能と役割、(d)地域生活支援のための地域ケア体制構築、(e)急性期対応のシステム化等の意見があった。(6)については、(a)児童虐待の地域精神保健分野における位置づけの整理・検討、(b)母子保健とメンタルケアの連動(地域精神保健に関する母子保健、児童福祉、障害者対策等との連携のあり方に関する検討)等の意見があった。(7)については、(a)精神障害者の地域生活への移行支援及び地域生活定着に関する機能・役割、(b)関係機関団体との連携体制、(c)広域圏域における地域移行支援のコーディネート機能、(d)情報収集と評価・情報提供、(e)人材確保と育成・活用等の意見があった。

東日本大震災の現地調査・ヒアリングの結果、被災の大きかった岩手県、宮城県、福島県の3県にある都道府県型保健所、政令市型保健所さらには市町村ごとに、特性や特徴の違いが見受けられたものの、いくつかの共通項あるいは今後の地域精神保健福祉を考える上で特徴的なものが確認された。それらは、(1)保健所の組織形態、(2)人材不足、(3)情報の把握と提供体制、(4)地域組織育成、(5)把握されていない障害者の顕在化、(6)福祉避難所の設置、(7)こころのケアチームの調整機能、(8)

ネットワーク会議、(9)職員の安全管理と健康管理、(10)業務分担制による専門化と生活一般への総合的サービス提供のバランス、(11)生活保護世帯の増加への対応（こころと暮らしの総合支援）、(12)業務を通じた日常的連携体制の構築の重要性にまとめることができた。(1)としては、(a)東北地方の多くの保健所組織が統合事務所化しており、保健所長の役割がスタッフの位置づけになっていることが、迅速・的確な公衆衛生を進める上で障害となった可能性があることが挙げられた。(2)としては、地域精神保健活動をすすめるためのキーパーソンとなる精神保健福祉の専門職不足等が挙げられた。(3)としては、(a)市町村に作成の義務がある災害時要支援者リストには認知症は含まれているものの統合失調症等の精神疾患は含まれていないこと、(b)障害者手帳台帳の保健部局と福祉部局の共有化が図られていないこと、(c)電子媒体での記録・資料が使用不可の状態に陥ったこと（紙ベースのものとの2重保管についての検討の必要性）が挙げられた。(4)としては、(a)市町村において家族会育成の地域はあるもののそれ以外の組織に関する育成の事例は少なかったこと、(b)レインボーネット（宮古保健所）の立ち上げにおける保健所の積極的関与は参考になることが挙げられた。(5)としては、(a)避難所等における症状の顕在化と排除行動、(b)支援に必要な住民や家族が他人の目が気になり相談できないこと、(c)日頃の地域精神保健福祉活動のなかで障害者の把握が不十分であったことから支援ができなかった（遅れた）事例があることが挙げられた。(6)としては、精神障害者等が避難する施設等の検討の必要性が挙げられた。(7)としては、被災地には、こころのケアチームが多数支援に訪れたが、これらの外部支援団体の受入調整、さらには中・長期的地域心のケア体制に基づく支援体制の構築・調整等について、保健所の役割を明確に示せなかったのではないかと指摘があった。また支援・調整のキーパーソンとしては、保健師等の技術職員の育成・配置、チーム調

整に関する長期支援者（中堅以上の保健師等が候補となる）の配置等の意見があった。(8)としては、2次医療圏域単位の小回りのきく対応と保健所の役割等の意見があった。(9)としては、災害時の支援マニュアルは作成されていたものの活用・周知については検討の余地があるとの意見があった。(10)としては、災害支援に当たる職員の安全確保と健康管理の意見があった。(11)としては、業務分担制による専門化と生活一般への総合的サービスの提供のバランスが必要との意見があった。(12)としては、生活保護世帯の増加への対応における保健所と市町村の連携強化の必要性を指摘する意見があった。(13)としては、市町村の求めに応じた保健所の地域精神保健活動が目立ったことから、業務を通じた日常的連携体制の構築が健康危機発生時に重要との意見があった。

D. 考察

保健所等調査グループ：現在の「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」は、「精神保健福祉センター運営要領」とともに、昭和40年の精神衛生法改正において保健所が精神衛生行政の第一線に位置付けられたときに設けられたものを原型にしている。その後、50年以上が経過し、精神保健福祉法改正、障害者自立支援法の成立等に対応して加筆修正がなされてきたが、その結果として、本来の基本的な方向性に加えて、事務業務にかかる詳細な記述が混在した文章量の多い複雑なものになっている。また精神保健福祉法によってほぼ一元的に進められてきた精神保健福祉は、法律の事務分掌をもとに、保健（健康づくり）と障害者福祉等で分離して扱われるようになり、さらに介護保険法、自殺対策基本法、児童虐待防止法、発達障害者支援法、ひきこもり対策等における精神保健福祉の関与を含めると、精神保健は、行政内の様々な部門の中に、分散して存在する時代を迎えている。次回の精神保健福祉法改正に計画されるであろう「保健所及び市町村における精神

保健福祉業務運営要領」の改訂においては、国民の精神保健福祉のニーズの変化や法制度の変化を踏まえて、「精神保健福祉センター運営要領」と一体的に大規模な改訂を行う必要があると考えられた。

手引き書作成グループ：保健所は精神衛生法改正（1965）によって精神衛生行政の第一線に位置付けられて以来、地域精神保健医療福祉の発展において歴史的役割を担ってきた。しかし、地域保健法（1994）、障害者自立支援法（2005）を経て、市町村の役割が大きくなる一方で、保健所数の減少と人員の削減が進み、地方自治体の財政難も相まって、特に県型保健所において保健所機能は低下しているとの指摘がある。医療・保健・福祉・介護・雇用・教育など幅広い領域の連携による包括的ケアは、複雑困難な課題を抱えた精神障害者の地域支援には欠かすことができない。今後の地域精神保健医療福祉活動において、保健所は、このような支援体制を構築する上で役割を果たしていくことが求められている。また市町村は住民生活に直結した行政サービスを行っており、市町村が精神障害の対応窓口となることは、精神障害者への包括的な地域生活支援のためにもきわめて有益であろう。ただし、地域によっては、保健所数の減少と市町村の対応力の地域差から、地域精神保健医療福祉活動の手薄な地域を生じているのが現状のように思われる。この問題を解決していくには、保健所、市町村、相談支援事業所等の協働による支援をどのように充実させるかを検討する必要がある。

さて、保健所の機能は、県型、中核市型、政令市型等の設置形態によって異なる。このため、全国一律の明確な手引きづくりは困難であるが、保健所が地域精神保健医療福祉の充実において一定の役割を果たすためにどうしても押さえておかなければいけない事項がある。手引き作成は、それを念頭に置いて行った。この手引きは、地域精神保健医療福祉活動に経験の浅い保健所職員を対象としているが、すでに経験を積んだ職員が日々の業務

を振り返るために参照することや、市町村職員、さらに地域精神保健医療福祉活動に関係する諸機関の方にも手に取ってもらうことを念頭に置いて作成した。この手引きが各地で利用されるとともに、よりよく改訂されていくことが期待される。

「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂検討グループ：「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」改訂の課題や論点として、業務要領に記載されていたこれまでの項目に加えて、新たな視点として、(1)中核市型自治体、(2)心の健康の保持増進、(3)自殺対策、(4)自然災害、(5)医療計画、(6)児童虐待、(7)精神障害者の地域移行支援の7つの項目を抽出した。また平時の精神保健医療福祉体制の課題やひずみが健康危機時に増幅されるという観点から、東日本大震災の被災地の保健所や市町村等の関係者を対象に、地域精神保健福祉活動の関する現地調査とヒアリングを行った。その結果、健康危機管理と平時の地域保健活動は密接に連動しており、精神保健医療分野を含め、危機時における保健医療福祉対策は日頃の保健所と市町村の業務等を通じた相互関係が重要であったという指摘や意見が多く聞かれた。また、東日本大震災等の危機発生時における健康危機管理と、日頃の保健所や市町村が実施している地域保健活動の関係を調査・検討しておくことは、予防から早期発見・支援、医療連携、地域ケア体制の推進と評価といった地域精神保健医療福祉の総合的推進を図る観点からも重要であると考えられた。「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」改訂の検討においては、これらの視点を重視する必要がある。

さて、本事業の成果報告会は平成24年3月25日に開催された。成果報告会では本事業の成果及び「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂についてのいくつかの重要な質疑があった。

一つ目は、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂にあわせて「精

神保健福祉センター業務運営要領」改訂も検討すべきではないかという意見があった。保健所、市町村、精神保健福祉センターがばらばらに活動することを避け、国民の精神保健福祉のニーズの変化によりよく対応した地域精神保健医療福祉活動を展開するためにも、ふたつの要綱の改訂の検討が、全国精神保健福祉センター長会と全国保健所長会の参加のもとに行われることが期待される。

二つ目は、地域住民に身近な保健福祉の問題は、市町村で取り組むこととする方向に進んできたが、これをどのように発展させるか、今後どのように発展させるのかという意見があった。昭和40(1965)年の精神衛生法改正は、当時、公衆衛生行政の中に精神衛生行政を位置づけた。その後、50年近くを経たが、今日の精神保健福祉行政の重要課題は、医療・保健・福祉・介護・雇用・教育等の幅広い領域との連携なしには進みにくくなっている。この点、市町村行政にはこれらの全てが含まれており、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂においては、市町村内部への精神保健福祉の浸透を含めて、市町村における取組の強化に取り組む視点を明確にする必要がある。

三つ目は、手引きの内容がハイリスクアプローチ中心になっていて、保健所の活動としての地域住民全体へのポピュレーションアプローチについての言及が乏しいという意見があった。今回の手引き作成においては、地域精神保健医療福祉活動に経験の浅い保健所職員を読者に想定したことから、日常業務にすぐに役立つよう、精神保健福祉相談、訪問指導、危機介入に重点を置くとともに、リハビリテーション、リカバリー等の地域精神保健医療福祉活動に重要な考え方の紹介を行っている。その一方で、ポピュレーションにアプローチについては述べられていない。手引きの公表に当たっては、このような手引きの特徴と限界性が読者にきちんと伝わるようにする必要がある。今後、ポピュレーションアプローチの中でも、ハイリスクグループアプロ

ーチのニーズが高まると考えられるが、それへの言及も必要とされるであろう。

四つ目は、世界保健機関(WHO)から、精神疾患の国際的な疫学調査である世界精神保健(WMH)の結果や、DALY(障害調整生存年)のデータが公表され、精神保健は国民全体に関わる問題であることが示されているが、これらのデータを、啓発活動に取り込むことが必要という意見であった。竹島の分担研究報告に示されているように、住民の精神健康に関する調査の管内資料を保有している保健所、市区町村は少なく、これらの国際的にも関心の高い調査結果の活用と普及が望まれる。この場合、精神保健の問題の大きさを示すだけでは十分ではない。精神保健医療福祉の問題に取り組むことが社会にどのようなメリットを生むことができるかも、きちんと伝えていくことが望まれる。

E. 結論

地域精神保健福祉活動における保健所の機能強化に向けた実践事例の調査を行うとともに、保健所等の地域精神保健福祉活動の現場の業務に資する手引き書を作成すること、また「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂において、改訂すべき箇所と内容を明らかにすることを目的として、3つのワーキンググループを設けて調査研究を行った。「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」は、「精神保健福祉センター運営要領」と同時に改訂することによって、新たな時代に対応した、行政の精神保健福祉の大きな方向を示す抜本的な改訂になることが期待される。その改訂においては保健所等調査グループによる調査結果、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂検討グループによる課題や論点整理と、東日本大震災発生後の保健所及び市町村における地域精神保健福祉活動の関する現地調査とヒアリング結果の活用が期待される。

II. 分担研究報告

保健所及び市区町村における精神保健福祉業務に関する調査

目 次

I. 「保健所及び市区町村における精神保健福祉業務に関する調査」報告書本文	7
II. 報告書図表	24
III. 調査票	48

保健所及び市区町村における精神保健福祉業務に関する調査

研究分担者 竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者 赤澤 正人 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
立森 久照 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
宇田 英典 (鹿児島県始良保健所兼大口保健所)
金田一正史 (千葉県健康福祉部障害福祉課)
澁谷いづみ (愛知県半田保健所)
野口 正行 (岡山県精神保健福祉センター)
藤田 健三 (岡山県精神保健福祉センター)

研究要旨:

【目的】保健所、市町村における「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の運用実態の質問紙調査、地域精神保健福祉活動に関係する機関等における保健所、市町村との連携の実態等の質問紙調査を行い、本事業の基礎資料とすることを目的とした。

【方法】保健所調査、市区町村調査、団体・施設調査の3つの質問紙調査を行った。

【結果および考察】保健所調査の結果、精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課が同じであるのは、県型約6割、中核市型3分の1、指定都市型約6割であった。また市区町村調査で両担当課が同じであるのは、「人口10万人未満」約7割、「人口10万以上30万未満」約3分の2、「人口30万人以上」半数であった。保健所の主たる業務が精神保健福祉の常勤職員数は、県型、中核市型、指定都市型を比較すると、人口規模が小さいとはいえ、県型において少ない傾向が見られた。また市区町村においても「人口10万人未満」等の人口規模の小さい自治体において少ない傾向が見られた。県型における市区町村との連絡調整の内容では、精神保健福祉相談・訪問指導といった、さし迫った課題への対応のほか、精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討、自殺対策等の新たな課題への対応が多かった。団体・施設の調査においては、保健所または市町村との連絡調整の頻度に、団体・施設の区分によって顕著な差が見られ、精神保健医療、障害者自立支援は連携が多いものの、ひきこもり、依存症関連、自殺対策、日本てんかん協会支部、被害者支援では少ないとの回答が多かった。精神保健福祉法によってほぼ一元的に進められてきた精神保健福祉は、法律の事務分掌をもとに、保健（健康づくり）と障害者福祉等で分離して扱われるようになり、さらに介護保険法、自殺対策基本法、児童虐待防止法、発達障害者支援法等を加えて、さまざまな法律を所掌する部門の中に、分散して存在する時代を迎えていると考えられた。「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」は、精神保健福祉センター運営要領」とともに、これまでの要綱の微調整ではなく、新たな時代に対応した、行政の精神保健福祉の大きな方向を示す抜本的な改訂になることが期待される。

A. 目的

本研究は、保健所、市町村における「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の運用実態の質問紙調査、地域精神保健福祉活動に関係する団体・施設等における保健所、市町村との連携の実態等の質問紙調査を行い、本事業（地域精神保健福祉活動に

における保健所機能強化ガイドラインの作成）の基礎資料とすることを目的とした。

B. 研究方法

本研究においては、保健所調査、市区町村調査、団体・施設調査の3つの調査を行った。

1. 対象

1) 保健所調査

平成23年4月現在の全国の保健所495箇所を対象とした。

2) 市区町村調査

平成23年3月31日時点の全国の各市区町村1,756箇所(786市、23特別区、757町、190村)の約半数を無作為に抽出した875の市区町村(392市、12特別区、379町、92村)を対象とした。

3) 団体・施設調査

各都道府県及び政令指定都市の精神保健福祉センター68箇所を経由しての依頼によるもので、地域精神保健福祉活動に関する機関680箇所を対象とした。

2. 手続き

本研究では、郵送による質問紙調査を行った。調査期間は平成24年1月13日から同年2月10日であった。

1) 保健所調査

対象となる全ての保健所に調査協力依頼状、調査票、返送用封筒を送付し回答を求めた。

2) 市区町村調査

ホームページ実務の友に掲載されている全国地方公共団体一覧・検索システムから、市、特別区、町、村それぞれ約半数を無作為に抽出し、対象となった市区町村に、調査協力依頼状、調査票、返送用封筒を送付して回答を求めた。

3) 団体・施設調査

各都道府県および政令指定都市の精神保健福祉センター68箇所の協力を得て、各センターから地域精神保健福祉活動に関する団体・施設10箇所に調査依頼状、調査票、返送用封筒を配布してもらい、回答を求めた。配布する団体・施設10箇所として、精神医療審査会委員の勤務する精神科医療機関2箇所、精神障害者家族会1箇所、依存症関連自助グループ2箇所、障害者自立支援法に基づく相談支援事業所1箇所、日本てんかん協会支部1箇所、ひきこもり、自殺対策、被害者支援、認知症、困窮者支援等の団体・施設から依頼可能などところ3箇所を提示した。配布が困難

な団体・施設があった場合は代替の団体・施設へと配布してもらい、必ず10箇所の団体・施設に配布するように依頼した。なお、配布先の団体・施設は、連合会ではなく単位会に配布するように依頼した。また精神保健福祉センターには、調査票を配布した団体・施設の名称と連絡先を記載したリストを、研究代表者あてに送付するよう依頼した。

3. 調査項目

1) 保健所調査

1)-1 基本属性と職員数

所属する都道府県・市区町村名、所名を尋ねた。また精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課が同じかどうかを尋ねた。職員数は、常勤職員数、精神保健福祉業務を担当している常勤、非常勤職員数、主たる業務が精神保健福祉(担当業務のおおむね4分の3以上)の常勤、非常勤職員数、精神科嘱託医数を尋ねた。

1)-2 精神保健福祉業務

特に注意がない場合平成23年度中の業務および状況(実施見込みを含む)を尋ねた。

①保有する精神保健福祉業務状況にかかる現状及び情報提供についての管内資料

管内住民の精神健康に関する調査、精神科病院のリスト、精神神経科診療所のリスト、自立支援医療(精神通院医療)の利用者の実数、精神障害者保健福祉手帳の所持者数、自立支援法の障害福祉サービスの施設リスト、自立支援法の障害福祉サービスについての精神障害者の利用実数を保有しているかどうかを尋ねた。

②普及啓発の取組

地域住民のこころの健康づくりに関する知識または精神障害に対する正しい知識の普及啓発の取組、家族や障害者本人に対する教室を、「保健所として主催しているものがある」、「他の機関等が実施するものに協力しているものがある(保健所職員が企画実施に参画していることが要件)」、「いずれもなし」から複数回答可で回答求めた。

③研修事業

市区町村職員を対象とした研修、市区町村以外の関係機関・施設・団体を対象にした研修について普及啓発の取組と同様の回答を求めた。

④当該地域における組織育成のための助言指導の機会

精神障害者の当事者団体、精神障害者家族会、アルコール・薬物依存の自助グループ、精神障害者の就労支援のための職親会、精神保健ボランティア団体に関して、「平均して週1回以上の機会がある」「平均して月1回以上の機会がある」「年数回程度」「ない」から回答を求めた。

⑤精神保健福祉相談の実施状況

平成22年度地域保健・健康増進事業報告の精神保健福祉の相談延件数を転記するよう求めた。また精神保健福祉相談の実施状況について、保健所職員による面接相談、精神科嘱託医による面接相談に関して「定期的実施」「随時実施」「実施していない」から回答を求めた。そして、定期的な専門相談日、すなわちアルコール問題、思春期精神保健福祉、ひきこもり、認知症、薬物乱用・依存、社会復帰の専門相談日があるかどうかを尋ねた。

⑥訪問指導の実施状況

平成22年度地域保健・健康増進事業報告の精神保健福祉の訪問指導延件数を転記するよう求めた。また訪問指導の実施状況について、保健所職員によるもの、精神科嘱託医によるもの、その他の非常勤職員によるものに関して、「担当職員一人当たり週1日もしくはそれ以上の訪問指導を行っている」「左記よりも少ない頻度で実施」「ほとんど実施していない」「実施していない」から回答を求めた。

⑦社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況

精神保健のグループワークについて「週1回以上実施」「左記よりも少ない頻度で実施」「実施していない」から回答を求めた。また自立支援法関連施設・サービスへの指導監督、政審障害者保健福祉手帳の申請方法の周知のための取組、精神障害者保健福祉手帳に基づ

く福祉サービス拡充のための取組の有無を尋ねた。

⑧平成23年4月1日から9月30日までの6ヶ月間における入院及び通院医療関係事務、措置入院関連の業務実績について、精神保健福祉法第23条、第24条、第25条、第25条の2、第26条、第26条の2、第26条の3、第27条2項の申請・通報等の件数、うち措置診察への立会件数（第27条）、うち措置入院（第29条）の件数、うち緊急措置診察への立会件数の記入を求めた。また医療保護入院の入院届、退院届の受理件数、医療保護入院、措置入院の定期病状報告、応急入院の受理件数の記入を求めた。また精神保健福祉法第34条の実績について、措置入院のための移送、医療保護入院および応急入院のための移送に関して、事前調査の件数と移送への立会件数の記入を求めた。そして医療観察法の地域処遇にかかるケア会議等への職員参加の実績件数、自立支援医療（精神通院医療）の受理件数の記入を求めた。さらに都道府県知事、政令指定都市市長が行う精神科病院実地指導・実地審査について、精神保健福祉法に基づく実地指導、実地審査に関して「実施している」「参画している」「関与していない」から回答を求めた。

⑨市区町村への協力および連携

連絡調整のあった市区町村ごとに、その頻度、主たる内容、主たる領域・対象を尋ねた。連絡調整の頻度は「月1回以上」「年数回程度」「なかった」から回答を求めた。主たる内容は、精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討、市町村障害福祉計画の策定、自立支援協議会、精神保健福祉相談・訪問指導、組織育成、職員の研修、普及啓発、事例検討会、教育委員会への支援、福祉事務所・福祉課への支援、その他の中から3つまで回答を求めた。主たる領域・対象は、社会復帰・地域移行、自殺、災害・被害者支援、心神喪失者医療観察法、認知症、アルコール関連問題、薬物依存、発達障害、対応困難事例、その他の中から3つまで回答を求めた。

1)-3 自由記述

地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務及び体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方についての意見を自由記述で記載を求めた。

最後に、精神保健福祉センターの業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方についての意見を自由記述で記載を求めた。

2) 市区町村調査

2)-1 基本属性と職員数

所属する都道府県・指定都市名、市区町村名を尋ねた。また精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課について同じかどうかを尋ねた。職員数は、保健所調査と同様の形式で尋ねた。

2)-2 精神保健福祉業務

特に注意がない場合平成 23 年度中の業務および状況（実施見込み含む）を尋ねた。

①保有する精神保健福祉業務状況にかかる現状及び情報提供についての管内資料

保健所調査と同様の形式で尋ねた。

②普及啓発の取組

保健所調査と同様の形式で尋ねた。

③当該地域における組織育成のための助言指導の機会

保健所調査と同様の形式で尋ねた。

④精神保健福祉相談の実施状況

平成 22 年度地域保健・健康増進事業報告の精神保健福祉の相談延件数を転記するよう求めた。また精神保健福祉相談の実施状況について、市区町村職員による面接相談、精神科嘱託医による面接相談、定期的な専門相談日について保健所調査と同様の形式で回答を求めた。

⑤訪問指導の実施状況

平成 22 年度地域保健・健康増進事業報告の精神保健福祉の訪問指導延件数を転記するよう求めた。また訪問指導の実施状況について、市区町村職員によるもの、精神科嘱託医によるもの、その他の非常勤職員によるものに関

して、保健所調査と同様の形式で回答を求めた。
⑥社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況

グループワークについて「週 1 回以上実施」「左記よりも少ない頻度で実施」「実施していない」から回答を求めた。また自立支援法関連の事業者への支援・助言等、精神障害者保健福祉手帳の申請方法の周知のための取組、政審障害者保健福祉手帳に基づく福祉サービス拡充のための取組の有無を尋ねた。

⑦入院および通院医療関係事務

まず平成 22 年度末における自立支援医療（精神通院医療）の受給者数の記入を求めた。次に、平成 23 年 4 月 1 日から 12 月 31 日の間に、市区町村長が保護者として関与した事例について、精神科病院に入院させる場合の同意、入院時の診察への同席、入院後の診察への同席、入院後の面会、財産上の権利の保護、措置入院した者の退院または仮退院にあたっての引取義務、医療観察法対象者に対する保護者としての責務（役割）の、各事例の有無を尋ねた。さらに 12 月末時点での、市区町村長が保護者となっている入院患者数を尋ねた。
2)-3 障害福祉計画と障害者自立支援法への取組

①障害福祉計画

平成 23 年 12 月末時点で第 2 期障害福祉計画を策定しているかどうかを尋ねた。次に、第 2 期障害福祉計画の策定に関して保健所の果たしてきた役割について、「委員として策定に関与」「資料や情報の提供」「助言指導」「その他」から複数回答で回答を求めた。また第 2 期障害福祉計画の策定に関して、全体としての保健所の役割の程度について「とても大きい」「やや大きい」「どちらともいえない」「小さい」「とても小さい」から回答を求めた。

②障害者自立支援法への取組

障害者自立支援法に関連する事業のうち、管内に拠点があるものと、市区町村が直接運営しているものの箇所数、そのうち主たる利用者が精神障害者であるものの箇所数の記入を求めた。事業の種類は、指定障害者支援施設、グループホームまたはケアホーム、宿泊

型自立支援事業所、生活介護事業所、自立訓練（生活訓練）事業所、就労移行支援事業所、就労継続支援 A 型事業所、就労継続支援 B 型事業所、地域活動支援センター、それ以外の障害者相談支援事業であった。また平成 23 年 12 月末時点で自立支援協議会を設置しているかどうかを尋ねた。次に、自立支援協議会設置の準備および設置後の運営で、精神障害に関することについて保健所の果たしてきた役割について「運営委員（事務局的な役割）で関与」「協会委員で関与」「その他」から複数回答で回答を求めた。さらに精神障害者地域生活移行における保健所の役割の程度について「とても大きい」「やや大きい」「どちらともいえない」「小さい」「とても小さい」から回答を求めた。

2)-4 保健所との精神保健福祉業務にかかる連携
市区町村を管轄する保健所との業務上の連絡調整の頻度について、保健所平成 23 年 4 月 1 日から 12 月 31 日末日までの実績をもとに、「月 1 回以上」「年数回程度」「なかった」「わからない」から回答を求めた。業務の領域は、精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討、市町村障害福祉計画の策定、自立支援協議会、精神保健福祉相談・訪問指導、組織育成、職員の研修、普及啓発、事例検討会、教育委員会への支援、その他を設定した。

2)-5 自由記述

最後に、地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方についての意見を自由記述で記載を求めた。

3) 団体・施設調査

3)-1 基本属性

所属する都道府県・指定都市名、団体・施設名称を尋ねた。

3)-2 保健所または市区町村との連携

まず、平成 23 年度における団体・施設と市区町村の連携について、精神保健の普及啓発のための一般向け講演会、行政や地域の関係機関を対象にした研修の取り組みの有無を尋

ねた。次に、同年度における保健所または市区町村における組織育成のための助言指導がどの程度行われていると思うかについて、精神障害者の当事者団体、精神障害者家族会、アルコール・薬物依存症の自助グループの育成支援、精神障害者の就労支援のための職親会、精神保健ボランティア団体の各項目に関して「日常的に実施されている」「機会的に実施されている」「ほとんど実施されていない」「実施されていない」「わからない」から回答を求めた。また同年度における保健所または市区町村が精神保健福祉相談や訪問指導をどの程度実施していると思うかについて前述の形式で回答を求めた。さらに同年度における保健所または市区町村における社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況の程度について、精神科医療機関との連携、自立支援法に基づく施設・サービスとの連携、自立支援協議会の整備促進および運営支援、精神障害者保健福祉手帳の申請方法の周知のための取組、精神障害者保健福祉手帳に基づく福祉サービス拡充のための取組の各項目に関して、前述の形式で回答を求めた。そして団体・施設と所在地の保健所または市区町村との連絡調整の頻度について、「月 1 回以上」「年数回程度」「なかった」から回答を求めた。

3)-3 自由記述

最後に、地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、業務のありかたについての意見を自由記述で記載を求めた。

各調査票は資料を参照されたい。

4. 解析方法

データクリーニングの段階で、保健所調査および市区町村調査の職員数、保健所調査の入院および通院医療関係事務の各件数、市区町村調査の障害者自立支援法に関連する事業箇所数の無記入が目立った。複数の保健所、市区町村に問い合わせ、研究者間で協議した結果、該当する無回答は「0」として扱うこととした。その他の無回答の扱いは研究者間の

協議によって扱いを決定した。

保健所調査の解析にあたっては、保健所の設置主体別と、都道府県と同等の精神保健福祉業務を担うかどうかを踏まえて、保健所を県型（支所型と都下保健所を含む）、中核市型（中核市、政令市、特別区）、指定都市型の3群に分類し、各項目の割合または平均値を算出した。

市町村調査の解析にあたっては、回答のあった市区町村の人口で、「10万人未満」、「10万人以上30万人未満」、「30万人以上」の3群に分類し、各項目の割合または平均値を算出した。なお市区町村の人口は、住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成23年3月31日現在）を用いた。その際、東日本大震災の影響でデータ報告が不可能であった市区町村人口については、住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成22年3月31日現在）のデータを代用した。

団体・施設調査は、精神科医療機関、障害者自立支援、精神障害者家族会、ひきこもり、依存症関連、認知症、自殺対策、日本てんかん協会支部、被害者支援、その他に分類し、各項目の割合または平均値を算出した。

解析には SPSS Version 16.0J for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL) を用いた。

5. 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、調査の協力依頼状に調査の目的等を記載した。また調査責任者の連絡先を記載し、調査に関する疑問等に関する問い合わせに対応できるようにした。本研究では、調査票への回答と返送をもって、対象者が調査に同意したものとした。

C. 結果

1. 各調査票の回答率

保健所調査は、308 箇所の保健所から回答が得られた（有効回答率 62.2%）。型別の有効回答率は、県型 239/374（63.9%）、中核市型 48/71（67.6%）、指定都市型 21/50（42.0%）であった。

市区町村調査は、384 箇所の市区町村から回答が得られた（有効回答率 43.9%）。市区町村の人口規模別の有効回答率は「人口 10万人未満」309/736（42.0%）、「人口 10万人以上 30万人未満」53/93（57.0%）、人口 30万人以上 22/46（47.8%）であった。

団体・施設調査は、494 箇所から回答が得られた（有効回答率 72.6%）。その内訳は、精神科医療機関 95 箇所、障害者自立支援 84 箇所、精神障害者家族会 50 箇所、ひきこもり 36 箇所、依存症関連 97 箇所、認知症 16 箇所、自殺対策 30 箇所、日本てんかん協会支部 26 箇所、被害者支援 25 箇所、その他 36 箇所であった。

2. 保健所調査

調査結果の概要のみ記載する。詳細は各表を参照されたい。

1)-1 基本属性と職員数（表 1.1-1.2）

精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課が同じであるのは、県型 137 箇所（57.3%）、中核市型 16 箇所（33.3%）、指定都市型 13 箇所（61.9%）であった。主たる業務が精神保健福祉（担当業務のおおむね 4 分の 3 以上）の常勤職員数は、保健師・看護師が最も多く、第一四分位、中央値、第三四分位の順で、県型 0.00、1.00、2.00、中核市型 0.00、3.00、5.00、指定都市型 0.00、2.00、4.00 であった。同じく精神保健福祉士は県型 0.00、0.00、0.00、中核市型 0.00、0.00、1.00、指定都市型 0.00、1.00、2.00 であった。また精神科嘱託医は、県型 1.00、2.00、3.00、中核市型 0.00、1.00、4.00、指定都市型 0.00、1.00、2.00 であった。

1)-2 精神保健福祉業務（表 2.1-2.7）

保有する精神保健福祉業務状況にかかる現状及び情報提供についての管内資料については、管内住民の精神健康に関する調査は、県型 56 箇所（23.4%）、中核市型 14 箇所（29.2%）、指定都市型 6 箇所（28.6%）といずれも 20% 台であった。精神科病院のリスト、精神神経科診療所のリスト、自立支援医療（精神通院医療）の利用者の実数、精神障害者保健福祉手帳の所持者数、自立支援法の障害福祉サー

ビスの施設リストについては、県型、中核市型、指定都市ともにおおむね 80-90%台であったが、自立支援法の障害福祉サービスについての精神障害者の利用実数については、県型 28 箇所(11.7%)、中核市型 27 箇所(56.3%)、指定都市型 14 箇所(66.7%)であって、県型で特に低かった。

②普及啓発の取組(表 3.1-3.2)

地域住民のこころの健康づくりに関する知識または精神障害に対する正しい知識の普及啓発の取組について「保健所として主催しているものがある」のは、県型 186 箇所(77.8%)、中核市型 47 箇所(97.9%)、指定都市型 13 箇所(61.9%)であった。家族や障害者本人に対する教室について「保健所として主催しているものがある」のは、県型 143 箇所(59.8%)、中核市型 38 箇所(79.2%)、指定都市型 15 箇所(71.4%)であった。

③研修事業(表 4.1-4.2)

市区町村職員を対象とした研修について「保健所として主催しているものがある」のは、県型 184 箇所(77.0%)、中核市型 30 箇所(62.5%)、指定都市型 3 箇所(14.3%)であった。市区町村以外の関係機関・施設・団体を対象にした研修について「保健所として主催しているものがある」のは、県型 185 箇所(77.4%)、中核市型 26 箇所(54.2%)、指定都市型 7 箇所(33.3%)であった。

④当該地域における組織育成のための助言指導の機会(表 5.1-5.6)

精神障害者の当事者団体、精神障害者家族会、アルコール・薬物依存の自助グループ、精神障害者の就労支援のための職親会、精神保健ボランティア団体に関して、「平均して週 1 回以上の機会がある」と「平均して月 1 回以上の機会がある」を合計したものは、精神障害者家族会について最も高く、県型 57 箇所(23.8%)、中核市型 15 箇所(31.3%)、指定都市型 6 箇所(28.6%)であった。最も低かったのは精神障害者の就労支援のための職親会で、県型 9 箇所(3.8%)、中核市型 2 箇所(4.2%)、指定都市型 1 箇所(4.8%)であった。

⑤精神保健福祉相談の実施状況(表 6.1-6.9)

平成 22 年度地域保健・健康増進事業報告の精神保健福祉の相談延件数は、第一四分位、中央値、第三四分位の順で、県型 224.00、467.00、1086.25、中核市型 614.00、2290.00、7003.00、指定都市型 1113.00、4566.00、6678.00であった。保健所職員による面接相談は、県型、中核市型、指定都市型とも「随時実施」が最も多く、それぞれ 233 箇所(97.5%)、43 箇所(89.6%)、18 箇所(85.7%)であった。精神科嘱託医による面接相談は「定期的に実施」が最も多く、それぞれ 208 箇所(87.0%)、43 箇所(89.6%)、16 箇所(76.2%)であった。定期的な専門相談日の実施はアルコール問題が最も高く、県型 43 箇所(18.0%)、中核市型 14 箇所(29.2%)、指定都市型 6 箇所(28.6%)であって、思春期精神保健、ひきこもりが続いて多かった。最も低かったのは社会復帰で、県型 8 箇所(3.3%)、中核市型 2 箇所(4.2%)、指定都市型 1 箇所(4.8%)であった。

⑥訪問指導の実施状況(表 7.1-7.3)

平成 22 年度地域保健・健康増進事業報告の精神保健福祉の訪問指導延件数は、第一四分位、中央値、第三四分位の順で、県型 68.00、129.00、246.00、中核市型 274.00、624.00、1672.00、指定都市型 143.00、260.00、821.00であった。訪問指導のうち、保健所職員による訪問指導を「担当職員一人当たり週 1 日もしくはそれ以上の訪問指導を行っている」と回答したのは、県型 86 箇所(36.0%)、中核市型 27 箇所(56.3%)、指定都市型 8 箇所(38.1%)であった。

⑦社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況(表 8.1-8.4)

精神保健のグループワークについて「週 1 回以上」と回答したのは、県型 5 箇所(2.1%)、中核市型 14 箇所(29.2%)、指定都市型 1 箇所(4.8%)であった。また「週 1 回よりも少ない頻度」と回答したのは、県型 70 箇所(29.3%)、中核市型 13 箇所(27.1%)、指定都市型 7 箇所(33.3%)であった。自立支援

法関連施設・サービスへの指導監督に「あり」と回答したのは、県型 73 箇所 (30.5%)、中核市型 5 箇所 (10.4%)、指定都市型 5 箇所 (23.8%) であった。精神障害者保健福祉手帳の申請方法の周知のための取組に「あり」と回答したのは、県型 27 箇所 (11.3%)、中核市型 24 箇所 (50.0%)、指定都市型 7 箇所 (33.3%) であった。精神障害者保健福祉手帳に基づく福祉サービス拡充のための取組に「あり」と回答したのは、県型 25 箇所 (10.5%)、中核市型 10 箇所 (20.8%)、指定都市型 4 箇所 (19.0%) であった。

⑧平成 23 年 4 月 1 日から 9 月 30 日までの 6 ヶ月間における入院及び通院医療関係事務 (表 9.1-9.4)

措置入院関連の業務実績について、精神保健福祉法第 23 条の申請件数は、第一四分位、中央値、第三四分位の順で、県型 0.00、0.00、0.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、0.00、1.00 であった。そのうちの措置診察への立会件数 (第 27 条) は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。措置入院 (第 29 条) の件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。緊急措置診察への立会件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。

第 24 条の通報件数は、県型 2.00、6.00、12.00、中核市型 0.00、9.00、26.50、指定都市型 8.00、19.00、51.50 であった。そのうちの措置診察への立会件数 (第 27 条) は、県型 0.00、2.00、5.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 2.00、8.00、16.00 であった。措置入院 (第 29 条) の件数は、県型 0.00、2.00、4.00、中核市型 0.00、0.00、2.00、指定都市型 2.50、6.00、14.00 であった。緊急措置診察への立会件数は、県型 0.00、0.00、1.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、5.00、8.50 であった。

第 25 条の通報件数は、県型 0.00、0.00、1.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、2.00、7.00 であった。そのうちの措置診察へ

の立会件数 (第 27 条) は県型 0.00、0.00、1.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、0.00、3.50 であった。措置入院 (第 29 条) の件数は、県型 0.00、0.00、0.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、0.00、2.50 であった。緊急措置診察への立会件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。

第 25 条の 2 の通報件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。

第 26 条の通報件数は、県型 0.00、0.00、3.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、0.00、13.00 であった。そのうちの措置診察への立会件数 (第 27 条) は、県型 0.00、0.00、0.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、0.00、0.50 であった。措置入院 (第 29 条) の件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。緊急措置診察への立会件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。

第 26 条の 2 の通報件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。

第 26 条の 3 の通報件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。

第 27 条 2 項の通報件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。措置入院 (第 29 条) の件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。

医療保護入院の入院届は、県型 45.00、106.00、223.00、中核市型 68.25、241.50、403.00、指定都市型 2.50、170.00、564.00 であった。退院届の受理件数は、県型 33.00、83.00、184.00、中核市型 43.50、210.50、293.00、指定都市型 0.50、176.00、519.00 であった。

医療保護入院の定期病状報告は、県型 21.00、53.00、116.00、中核市型 1.50、107.00、194.50、指定都市型 0.00、59.00、245.00 であった。措置入院の定期病状報告は、県型 0.00、1.00、2.00、中核市型 0.00、1.00、3.00、指定都市型 0.00、1.00、45.00 であった。応急入院の受理件数は、県型 0.00、0.00、1.00、中核市型 0.00、

0.00、2.00、指定都市型 0.00、0.00、12.00 であった。

精神保健福祉法第 34 条の措置入院のための移送の事前調査件数は、県型 0.00、0.00、2.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、0.00、6.00 であった。移送への立会件数は、県型 0.00、0.00、2.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、0.00、2.00 であった。

精神保健福祉法第 34 条の医療保護入院および応急入院のための移送の事前調査件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。移送への立会件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。

医療観察法の地域処遇にかかるケア会議等への職員参加の実績件数は、県型 0.00、1.00、3.00、中核市型 0.00、5.00、8.00、指定都市型 0.00、2.00、9.00 であった。

自立支援医療（精神通院医療）の受理件数は、県型 0.00、407.00、1032.50、中核市型 0.00、1993.00、3560.25、指定都市型 1028.75、1260.00、4241.00 であった。

都道府県知事、政令指定都市市長が行う精神科病院実地指導・実地審査について、精神保健福祉法に基づく実地指導を実施またはそれに参画しているのは、県型 207 箇所（86.6%）、中核市型 15 箇所（31.3%）、指定都市型 13 箇所（61.9%）であった。実地審査を実施またはそれに参画しているのは、県型 180 箇所（75.3%）、中核市型 10 箇所（20.8%）、指定都市型 11 箇所（52.4%）であった。

⑨市町村への協力および連携（表 10.1-10.2）

県型保健所の調査票にリストされた市町村 1,018 箇所のうち、連絡調整の頻度が「月 1 回以上」または「年数回程度」であった市町村数は 1,006 箇所（98.8%）であった。その主たる内容（複数回答）は、精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討 454 箇所（44.6%）、市町村障害福祉計画の策定 61 箇所（6.0%）、自立支援協議会 277 箇所（27.2%）、精神保健福祉相談・訪問指導 850 箇所（83.5%）、組織

育成 110 箇所（10.8%）、職員の研修 87 箇所（8.5%）、普及啓発 167 箇所（16.4%）、事例検討会 428 箇所（42.0%）、教育委員会への支援 15 箇所（1.5%）、福祉事務所・福祉課への支援 148 箇所（14.5%）等であった。

主たる領域・対象（複数回答）は、社会復帰・地域移行 606 箇所（59.5%）、自殺 450 箇所（44.2%）、災害・被害者支援 58 箇所（5.7%）、心神喪失者医療観察法 55 箇所（5.4%）、認知症 94 箇所（9.2%）、アルコール関連問題 160 箇所（15.7%）、薬物依存 14 箇所（1.4%）、発達障害 73 箇所（7.2%）、対応困難事例 863 箇所（84.8%）などであった。

1)-3 自由記述（表 11.1-11.2）

地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務及び体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方についての意見を表 11.1 と表 11.2 にまとめた。保健所体制の質と量の充実、市町村の相談体制の充実、都道府県・市町村の役割の明確化、県と中核市における精神保健事務の明確化、保健と福祉の連携、人材育成、アウトリーチ活動の強化等の意見があった。

精神保健福祉センターの業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方については、保健所へのスーパーバイズ機能の強化、専門的な対応のできる人材育成、先駆的な取り組み等の意見があった。

2) 市区町村調査

2)-1 基本属性と職員数（表 12.1-12.2）

精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課が同じであるのは、「人口 10 万人未満」221 箇所（71.5%）、「人口 10 万以上 30 万未満」34 箇所（64.2%）、「人口 30 万人以上」11 箇所（50.0%）であった。主たる業務が精神保健福祉（担当業務のおおむね 4 分の 3 以上）の常勤職員数は、保健師・看護師が最も多く、第一四分位、中央値、第三四分位の順で、「人口 10 万人未満」0.00、0.00、1.00、「人口 10 万以上 30 万未満」0.00、1.00、2.00、「人口

30万人以上」0.00、1.00、8.00であった。精神保健福祉士は、「人口10万人未満」0.00、0.00、0.00、「人口10万以上30万未満」0.00、0.00、0.00、「人口30万人以上」0.00、0.50、7.00であった。精神科嘱託医は、「人口10万人未満」0.00、0.00、0.00、「人口10万以上30万未満」0.00、0.00、0.00、「人口30万人以上」0.00、0.50、11.25であった。

2)-2 精神保健福祉業務

①保有する精神保健福祉業務状況にかかる現状及び情報提供についての管内資料（表13.1-13.7）

保有する精神保健福祉業務状況にかかる現状及び情報提供についての管内資料については、管内住民の精神健康に関する調査は、「人口10万人未満」64箇所（20.7%）、「人口10万以上30万未満」14箇所（26.4%）、「人口30万人以上」4箇所（18.2%）であった。精神科病院のリスト、精神神経科診療所のリスト、自立支援医療（精神通院医療）の利用者の実数、精神障害者保健福祉手帳の所持者数、自立支援法の障害福祉サービスの施設リストについては、県型、中核市型、指定都市ともにおおむね80-90%台であった。

②普及啓発の取組（表14.1-14.2）

地域住民のこころの健康づくりに関する知識または精神障害に対する正しい知識の普及啓発の取組について「市区町村として主催しているものがある」のは、「人口10万人未満」201箇所（65.0%）、「人口10万以上30万未満」41箇所（77.4%）、「人口30万人以上」19箇所（86.4%）であった。家族や障害者本人に対する教室について「市区町村として主催しているものがある」のは、「人口10万人未満」115箇所（37.2%）、「人口10万以上30万未満」19箇所（35.8%）、「人口30万人以上」15箇所（68.2%）であった。

③当該地域における組織育成のための助言指導の機会（表15.1-15.6）

精神障害者の当事者団体、精神障害者家族会、アルコール・薬物依存の自助グループ、精神障害者の就労支援のための職親会、精神

保健ボランティア団体に関して、「平均して週1回以上の機会がある」と「平均して月1回以上の機会がある」を合計したものは、「人口10万人未満」では精神障害者の当事者団体が最も高く38箇所（12.3%）であった。「人口10万以上30万未満」では精神障害者家族会が最も高く5箇所（9.4%）であった。「人口30万人以上」では、精神保健ボランティア団体が最も高く、5箇所（22.7%）であった。最も低かったのは精神障害者の就労支援のための職親会で「人口10万以上30万未満」の1箇所（1.9%）のみであった。

④精神保健福祉相談の実施状況（表16.1-16.9）

平成22年度地域保健・健康増進事業報告の精神保健福祉の相談延件数は、「人口10万人未満」19.25、62.50、191.00、「人口10万以上30万未満」81.00、325.00、1251.50、「人口30万人以上」898.50、3632.50、7789.25であった。市区町村職員による面接相談は、「人口10万人未満」、「人口10万以上30万未満」、「人口30万人以上」とも「随時実施」が最も多く、それぞれ244箇所（79.0%）、44箇所（83.0%）、20箇所（90.9%）であった。精神科嘱託医による面接相談の「定期的に実施」は、それぞれ42箇所（13.6%）、8箇所（15.1%）、13箇所（59.1%）であった。定期的な専門相談日の実施の割合はおおむね「人口30万人以上」で最も高く、アルコール問題7箇所（31.8%）、認知症6箇所（27.3%）、思春期精神保健5箇所（22.7%）等であった。「人口10万以上30万未満」では認知症が最も高く、6箇所（11.3%）であった。「人口10万人未満」でも認知症が最も高く、26箇所（8.4%）であった。

⑤訪問指導の実施状況（表17.1-17.3）

平成22年度地域保健・健康増進事業報告の精神保健福祉の訪問指導延件数は、「人口10万人未満」11.00、40.00、99.50、「人口10万以上30万未満」34.00、91.00、336.00、「人口30万人以上」258.50、828.00、1634.50であった。訪問指導のうち、保健所職員による訪問

指導を「担当職員一人当たり週1日もしくはそれ以上の訪問指導を行っている」と回答したのは、「人口10万人未満」40箇所(12.9%)、「人口10万以上30万未満」12箇所(22.6%)、「人口30万人以上」16箇所(72.7%)であった。

⑥社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況(表18.1-18.4)

精神保健のグループワークについて「週1回以上」と回答したのは、「人口10万人未満」12箇所(3.9%)、「人口10万以上30万未満」5箇所(9.4%)、「人口30万人以上」9箇所(40.9%)であった。また「週1回よりも少ない頻度」と回答したのは、「人口10万人未満」61箇所(19.7%)、「人口10万以上30万未満」14箇所(26.4%)、「人口30万人以上」4箇所(18.2%)であった。自立支援法関連施設・サービスへの支援・助言に「あり」と回答したのは、「人口10万人未満」106箇所(34.3%)、「人口10万以上30万未満」31箇所(58.5%)、「人口30万人以上」19箇所(86.4%)であった。精神障害者保健福祉手帳の申請方法の周知のための取組に「あり」と回答したのは、「人口10万人未満」118箇所(38.2%)、「人口10万以上30万未満」28箇所(52.8%)、「人口30万人以上」15箇所(68.2%)であった。精神障害者保健福祉手帳に基づく福祉サービス拡充のための取組に「あり」と回答したのは、「人口10万人未満」86箇所(27.8%)、「人口10万以上30万未満」25箇所(47.2%)、「人口30万人以上」10箇所(45.5%)であった。

⑦入院および通院医療関係事務(表19.1-19.7)

平成22年度末における自立支援医療(精神通院医療)の受給者数は、「人口10万人未満」83.00、208.00、455.00、「人口10万以上30万未満」1104.00、1499.00、2035.00、「人口30万人以上」3633.00、5141.00、11612.00であった。

平成23年4月1日から12月31日の間の、市区町村長が保護者として関与した事例の経

験は、精神科病院に入院させる場合の同意は、「人口10万人未満」183箇所(59.2%)、「人口10万以上30万未満」52箇所(98.1%)、「人口30万人以上」20箇所(90.9%)であった。入院時の診察への同席は、「人口10万人未満」60箇所(19.4%)、「人口10万以上30万未満」13箇所(24.5%)、「人口30万人以上」8箇所(36.4%)であった。入院後の診察への同席は、「人口10万人未満」33箇所(10.7%)、「人口10万以上30万未満」4箇所(7.5%)、「人口30万人以上」5箇所(22.7%)であった。入院後の面会は、「人口10万人未満」68箇所(22.0%)、「人口10万以上30万未満」17箇所(32.1%)、「人口30万人以上」9箇所(40.9%)であった。財産上の権利の保護は、「人口10万人未満」16箇所(5.2%)、「人口10万以上30万未満」0箇所(0.0%)、「人口30万人以上」4箇所(18.2%)であった。措置入院した者の退院または仮退院にあたっての引取義務は、「人口10万人未満」10箇所(3.2%)、「人口10万以上30万未満」1箇所(1.9%)、「人口30万人以上」3箇所(13.6%)であった。医療観察法対象者に対する保護者としての責務(役割)は、「人口10万人未満」21箇所(6.8%)、「人口10万以上30万未満」11箇所(20.8%)、「人口30万人以上」8箇所(36.4%)であった。平成23年12月末現在の、市町村長が保護者となっている入院患者数は、「人口10万人未満」0.00、1.00、2.00、「人口10万以上30万未満」5.25、13.50、24.00、「人口30万人以上」26.50、49.00、119.00であった。

2)-3 障害福祉計画と障害者自立支援法への取組

①障害福祉計画(表20.1-20.3)

平成23年12月末時点において第2期障害福祉計画を策定していたのは、「人口10万人未満」284箇所(91.9%)、「人口10万以上30万未満」52箇所(98.1%)、「人口30万人以上」22箇所(100.0%)であった。そのうち保健所が「委員として策定に関与」は、「人口10万人未満」102箇所(35.9%)、「人口10万以上30万未満」32箇所(61.5%)、「人口30

万人以上」10箇所(45.5%)であった。「資料や情報の提供」は、「人口10万人未満」102箇所(35.9%)、「人口10万以上30万未満」23箇所(44.2%)、「人口30万人以上」10箇所(45.5%)であった。「助言指導」は、「人口10万人未満」63箇所(22.2%)、「人口10万以上30万未満」12箇所(23.1%)、「人口30万人以上」4箇所(18.2%)であった。第2期障害福祉計画の策定における保健所の役割の程度についての「とても大きい」と「やや大きい」の合計は、「人口10万人未満」48箇所(16.9%)、「人口10万以上30万未満」13箇所(25.0%)、「人口30万人以上」4箇所(18.2%)であった。

②障害者自立支援法への取組

市区町村に活動拠点があるもののうち、「人口10万人未満」の箇所数が「1以上」であるのは、指定障害者支援施設(1.59)、グループホームまたはケアホーム(3.10)、生活介護事業所(1.66)、就労継続支援B型事業所(1.93)、地域活動支援センター(1.0)であった。このうち、市区町村が直接運営しているものに「1以上」はなかった。主たる利用者が精神障害者であるものに「1以上」はなかった。

「人口10万以上30万未満」の箇所数が「1以上」であるのは、指定障害者支援施設(3.26)、グループホームまたはケアホーム(11.28)、生活介護事業所(5.43)、自立訓練(生活訓練)事業所(1.68)、就労移行支援事業所(2.85)、就労継続支援A型事業所(1.08)、就労継続支援B型事業所(8.13)、地域活動支援センター(3.51)、その他の障害者相談支援事業(3.23)であった。このうち、市区町村が直接運営しているものに「1以上」はなかった。主たる利用者が精神障害者であるものの「1以上」は、グループホームまたはケアホーム(2.70)、就労継続支援B型事業所(1.66)、地域活動支援センター(1.83)であった。

「人口30万以上」の箇所数が「1以上」であるのは、指定障害者支援施設(9.55)、グループホームまたはケアホーム(50.27)、生活介護事業所(26.82)、自立訓練(生活訓練)

事業所(4.82)、就労移行支援事業所(9.82)、就労継続支援A型事業所(3.95)、就労継続支援B型事業所(29.27)、地域活動支援センター(23.86)、その他の障害者相談支援事業(8.73)であった。このうち、市区町村が直接運営しているものの「1以上」は、生活介護事業所(1.50)、就労継続支援B型事業所(1.05)であった。主たる利用者が精神障害者であるものの「1以上」は、指定障害者支援施設(1.14)グループホームまたはケアホーム(15.73)、生活介護事業所(1.82)、自立訓練(生活訓練)事業所(1.55)、就労移行支援事業所(2.89)、就労継続支援A型事業所(1.32)、就労継続支援B型事業所(8.23)、地域活動支援センター(9.27)、その他の障害者相談支援事業(2.59)であった。

③自立支援協議会(表21.1-21.3)

平成23年12月末時点で自立支援協議会が設置されていたのは、「人口10万人未満」264箇所(85.4%)、「人口10万以上30万未満」51箇所(96.2%)、「人口30万人以上」22箇所(100.0%)であった。そのうち保健所が「運営委員で関与」していたのは、「人口10万人未満」43箇所(16.3%)、「人口10万以上30万未満」10箇所(19.6%)、「人口30万人以上」6箇所(27.3%)であった。「協議会委員で関与」は、「人口10万人未満」128箇所(48.5%)、「人口10万以上30万未満」29箇所(56.9%)、「人口30万人以上」11箇所(50.0%)であった。精神障害者の地域生活移行における保健所の役割の程度についての「とても大きい」と「やや大きい」の合計は、「人口10万人未満」93箇所(35.2%)、「人口10万以上30万未満」25箇所(49.0%)、「人口30万人以上」13箇所(59.1%)であった。

2)-4保健所との精神保健福祉業務にかかる連携(表22.1-22.10)

保健所平成23年4月1日から12月31日末日までの保健所との業務上の連絡調整の頻度について、「月1回以上」または「年数回程度」と回答のあった合計は、精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討は、「人口10万人未満」

199 箇所 (64.4%)、「人口 10 万以上 30 万未満」45 箇所 (84.9%)、「人口 30 万人以上」18 箇所 (81.8%) であった。市町村障害福祉計画の策定は、「人口 10 万人未満」126 箇所 (40.8%)、「人口 10 万以上 30 万未満」34 箇所 (64.2%)、「人口 30 万人以上」14 箇所 (63.6%) であった。自立支援協議会は、「人口 10 万人未満」175 箇所 (56.6%)、「人口 10 万以上 30 万未満」40 箇所 (75.5%)、「人口 30 万人以上」15 箇所 (68.2%) であった。精神保健福祉相談・訪問指導は、「人口 10 万人未満」257 箇所 (83.2%)、「人口 10 万以上 30 万未満」48 箇所 (90.6%)、「人口 30 万人以上」19 箇所 (86.4%) であった。組織育成は、「人口 10 万人未満」111 箇所 (35.9%)、「人口 10 万以上 30 万未満」27 箇所 (50.9%)、「人口 30 万人以上」14 箇所 (63.6%) であった。職員の研修は、「人口 10 万人未満」212 箇所 (68.6%)、「人口 10 万以上 30 万未満」39 箇所 (73.6%)、「人口 30 万人以上」15 箇所 (68.2%) であった。普及啓発は、「人口 10 万人未満」192 箇所 (62.1%)、「人口 10 万以上 30 万未満」41 箇所 (77.4%)、「人口 30 万人以上」17 箇所 (77.3%) であった。事例検討会は、「人口 10 万人未満」190 箇所 (61.5%)、「人口 10 万以上 30 万未満」40 箇所 (75.5%)、「人口 30 万人以上」15 箇所 (68.2%) であった。教育委員会への支援は、「人口 10 万人未満」40 箇所 (12.9%)、「人口 10 万以上 30 万未満」10 箇所 (18.9%)、「人口 30 万人以上」5 箇所 (22.7%) であった。

2)-5 自由記述 (表 23)

地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務及び体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方についての意見を表 23 にまとめた。「人口 10 万人未満」の市区町村からは、市町村内に資源がない、広域的な展開が望まれる、保健所の存在が遠くなった、困難事例が増加した、制度だけの丸投げは困る等の意見があった。「10 万以上 30 万未満」からは、担当課が複雑で調整に時間がかかる、市町村合併により現状把握が困

難になった、保健所の体制強化を強化する、困難事例の県・市協力体制を強化する等の意見があった。「人口 30 万人以上」からは、地域ネットワークを構築する、実践をとおした施策提案力の強化等の意見があった。

3) 団体・施設調査

3)-1 保健所または市区町村との連携 (表 24.1-24.2)

平成 23 年度における地域の保健所または市区町村と、貴組織が協力して行った、または行う予定の普及啓発や研修の取組に「あり」と回答したのは、精神科医療機関 45 箇所 (47.4%)、障害者自立支援 41 箇所 (48.8%)、精神障害者家族会 39 箇所 (78.0%)、ひきこもり 19 箇所 (52.8%)、依存症関連 59 箇所 (60.8%)、認知症 11 箇所 (68.8%)、自殺対策 21 箇所 (70.0%)、日本てんかん協会支部 10 箇所 (38.5%)、被害者支援 4 箇所 (16.0%)、その他 15 箇所 (42.9%) であった。行政や地域の関係機関を対象にした研修については、精神科医療機関 54 箇所 (56.8%)、障害者自立支援 43 箇所 (51.2%)、精神障害者家族会 15 箇所 (30.0%)、ひきこもり 12 箇所 (33.3%)、依存症関連 4 6 箇所 (47.4%)、認知症 10 箇所 (62.5%)、自殺対策 16 箇所 (53.3%)、日本てんかん協会支部 6 箇所 (23.1%)、被害者支援 11 箇所 (44.0%)、その他 18 箇所 (51.4%) であった。

3)-2 組織育成のための助言指導 (表 25.1-25.5)

保健所または市区町村における組織育成のための助言指導がどの程度行われていると思うかについて、「日常的に実施されている」と「機会的に実施されている」の合計の割合が最も高かったのは、「精神障害者の当事者団体の育成支援」は精神科医療機関の 63 箇所 (66.3%)、「精神障害者家族会の育成支援」は精神障害者家族会の 38 箇所 (76.0%)、「アルコール・薬物依存症の自助グループの育成支援」は依存症関連の 68 箇所 (70.1%)、「精神障害者の就労支援のための職親会の育成支

援」は精神科医療機関の 45 箇所 (47.4%)、「精神保健ボランティア団体の育成支援」は精神科医療機関の 56 箇所 (58.9%) であった。
3)-3 精神保健福祉相談と訪問指導 (表 26.1-26.2)

保健所または市区町村の精神保健福祉相談が「日常的に実施されている」と「機会的に実施されている」の合計の割合は、精神科医療機関 93 箇所(97.9%)、障害者自立支援 77 箇所 (91.7%)、精神障害者家族会 43 箇所 (86.0%)、ひきこもり 28 箇所 (77.8%)、依存症関連 66 箇所 (68.0%)、認知症 9 箇所 (86.3%)、自殺対策 24 箇所 (80.0%)、日本てんかん協会支部 6 箇所 (23.1%)、被害者支援 9 箇所 (36.0%)、その他 29 箇所 (82.8%) であった。訪問指導の「日常的に実施されている」と「機会的に実施されている」の合計の割合は、精神科医療機関 86 箇所(90.5%)、障害者自立支援 72 箇所 (85.7%)、精神障害者家族会 34 箇所 (68.0%)、ひきこもり 16 箇所 (44.4%)、依存症関連 41 箇所 (42.3%)、認知症 8 箇所 (50.1%)、自殺対策 16 箇所 (53.4%)、日本てんかん協会支部 2 箇所 (7.6%)、被害者支援 6 箇所 (24.0%)、その他 22 箇所 (62.8%) であった。

3)-4 社会復帰および自立と社会参加への支援 (表 27.1-27.5)

社会復帰および自立と社会参加への支援について、「日常的に実施されている」と「機会的に実施されている」の合計の割合が最も高かったのは、「精神科医療機関との連携」は精神科医療機関の 89 箇所 (93.7%)、「自立支援法に基づく施設・サービスとの連携」は精神科医療機関、障害者自立支援の 86 箇所 (90.5%)、「自立支援協議会の整備促進および運営支援」は精神科医療機関の 78 箇所 (82.1%)、「精神障害者保健福祉手帳の申請方法の周知のための取組」は精神科医療機関の 70 箇所 (73.7%)、「精神障害者保健福祉手帳に基づく福祉サービス拡充のための取組」は障害者自立支援の 47 箇所 (56.0%) であった。

3)-5 保健所または市町村との連絡調整の頻度 (表 28.1-28.2)

所在地の保健所との連絡調整の頻度について、「月 1 回以上」と回答したのは、精神科医療機関 65 箇所(68.4%)、障害者自立支援 58 箇所 (69.0%)、精神障害者家族会 18 箇所 (36.0%)、ひきこもり 8 箇所 (22.2%)、依存症関連 31 箇所 (32.0%)、認知症 3 箇所 (18.8%)、自殺対策 8 箇所 (26.7%)、日本てんかん協会支部 0 箇所 (0.0%)、被害者支援 0 箇所 (0.0%)、その他 8 箇所 (22.9%) であった。

所在地の市区町村との連絡調整の頻度について、「月 1 回以上」と回答したのは、精神科医療機関 72 箇所(75.8%)、障害者自立支援 69 箇所 (82.1%)、精神障害者家族会 18 箇所 (36.0%)、ひきこもり 8 箇所 (22.2%)、依存症関連 25 箇所 (25.8%)、認知症 5 箇所 (31.3%)、自殺対策 9 箇所 (30.0%)、日本てんかん協会支部 0 箇所 (0.0%)、被害者支援 0 箇所 (0.0%)、その他 13 箇所 (37.1%) であった。

3)-3 自由記述 (表 29)

地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、業務のありかたについての意見については表 29 にまとめた。かかわりの継続 (精神科医療機関)、多問題・重度障害・重複障害の支援 (精神科医療機関)、未治療・治療中断の支援 (精神科医療機関)、支援困難事例の連携 (障害者自立支援)、家族会の育成 (精神障害者家族会)、ひきこもりの理解 (ひきこもり)、夜間休日の対応と相談・訪問の強化 (自殺対策)、保健所及び市町村との連携の改善 (日本てんかん協会支部)、DV 被害者対策をガイドラインに入れること (被害者支援)、高次脳機能障害の理解 (その他)、地域のネットワークづくりの促進 (その他) 等の意見があった。

D. 考察

本研究においては、保健所調査、市区町村

調査、団体・施設調査の3つの調査を行ったため、はじめにそれらを個別に考察し、その後総合的な考察を行う。

保健所調査の結果、精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課が同じであるのは、県型約6割、中核市型3分の1、指定都市型約6割であった。このことは、障害者自立支援法を契機に、かなり多くの保健所で、これまで精神保健福祉として扱われてきたものが、法律の事務分掌にしたがって分離して扱われるようになったことを示している。県型では、中核市型、指定都市型に比べて人口規模が小さい保健所が多いとはいえ、主たる業務が精神保健福祉である職員の配置が少ない、管内の障害者自立支援法の障害福祉サービスの利用実数についての情報を保有しているところが少ない等、保健所に期待される役割に比べて、業務実施体制および保有している情報量が弱体である可能性があることが示唆された。住民の精神健康に関する調査の管内資料は、保健所の型別にかかわらず、保有しているところが少なかった。精神保健のニーズが多様化し、かつ増大している中で、住民の精神健康に関する調査へのニーズも高まっていくと思われるため、各地の精神保健福祉活動の基盤になる健康調査の結果が得られるよう、関係機関が連携することが望まれる。精神保健のグループワークについては、昭和50(1975)年に保健所デイケア(保健所における社会復帰相談指導事業)が行われるようになり、それが全国に普及した頃に比べると大きく減少したと考えられるし、それとつながるように普及した精神障害者家族会、精神障害者の当事者団体育成のための助言指導にも、それらが最も盛んであった頃に比べると、減少の傾向があるように思われる。定期的な専門相談日の中で社会復帰が最も少なく、アルコール問題、思春期、ひきこもりの方が多いのには、障害者自立支援法の成立や、精神保健医療福祉のニーズの変化が大きく影響しているであろう。県型における市町村への協力および連携の主たる領域・対象としては、現下の重要

課題である社会復帰・地域移行、自殺対策が大きな比重を占めていることが明らかになった。またその一方で、主たる内容で、精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討と精神保健福祉相談・訪問指導が大きな比重を占めていた。これらを総合すると、保健所の精神保健福祉業務には、地域の精神保健福祉ニーズの変化と障害者自立支援法の成立によって大きな変化が起こっており、現在の「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」ではうまくカバーできない状況が生じていると考えられた。

市区町村調査の結果、市区町村調査で両担当課が同じであるのは、「人口10万人未満」約7割、「人口10万以上30万未満」約3分の2、「人口30万人以上」半数であって、かなり多くの市区町村において、精神保健福祉は、法律の事務分掌をもとに、健康づくりと障害者福祉に分かれて担当されていることが明らかになった。主たる業務が精神保健福祉である職員の配置は「人口10万人未満」等の人口規模の小さい自治体において少ない傾向が見られた。管轄地域の人口規模が小さければ、それに伴って必要な業務量も一般的に少なくなるであろう。しかし、障害者自立支援法に関連した施設・活動のうち、市区町村に活動拠点があるものの箇所数は、管轄地域の人口規模によって顕著な差があり、人口規模の小さい市区町村では管内の社会資源は乏しかった。また、保健所との業務上の連絡調整の頻度については、「月1回以上」または「年数回程度」と回答のあった割合は人口規模の小さいほど低い傾向があった。人口規模の小さな市区町村には保健所を有していないところが多いと予想されるため、県型保健所と市区町村の連携が必要になるが、市区町村、県型保健所とも、業務体制が弱体であることから、その連携を構築しがたい実態が生じていることも考えられた。住民の精神健康に関する調査の管内資料は、市区町村の人口規模にかかわらず、保有しているところが少なく、保健所調査で述べたことと同じく、関係機関が連

携することが望まれる。市町村長が保護者として関与した事例の経験は、人口規模の大きな市区町村で多く報告されたが、その実績から考えると、親族等から保護者を選任できない場合のやむを得ない対応となっているだけで、実態に乏しい可能性もあると考えられた。政府は、「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」（平成 22 年 6 月閣議決定）において、精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成 24 年内を目途にその結論を得るとしているが、本研究の成果もその検討の一助になることが期待される。

団体・施設の調査においては、保健所または市町村との連絡調整の頻度に、団体・施設の区分によって顕著な差が見られ、精神保健医療、障害者自立支援は連携が多いものの、ひきこもり、依存症関連、自殺対策、日本てんかん協会支部、被害者支援では少ないとの回答が多かった。団体・施設の意見（自由記載）においても、精神保健福祉のニーズの変化と多様さに対応した取組を求める意見が見られた。このこと背景には、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」が作成された当時と精神保健福祉のニーズが大きく異なっていることや、実際の精神保健福祉活動が、緊急事例の対応や障害者自立支援法への対応が中心になっており、精神保健福祉の多様な領域に対してバランスの取れたものになっていないという事情が背景にあるように思われる。団体・施設調査の結果は、精神保健福祉センターを介して各 10 団体への調査票の配布を依頼したもので、必ずしもその領域の実態を代表するものではないが、保健所、市町村の精神保健福祉の取組をサービス利用者の視点を踏まえて述べている貴重な資料であり、ひきこもり、日本てんかん協会支部等については、団体・施設の数に対する回答率も高いことから、十分に参照に値する調査結果であろう。

最後に総合的な考察を述べる。現在の「保

健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」は、「精神保健福祉センター運営要領」とともに、昭和 40 年の精神衛生法改正において保健所が精神衛生行政の第一線に位置付けられたときに設けられたものを原型にしている。その後、50 年以上が経過し、精神保健福祉法改正、障害者自立支援法の成立等に対応して加筆修正がなされてきたが、その結果として、本来の基本的な方向性に加えて、事務業務にかかる詳細な記述が混在した文章量の多い複雑なものになっている。また精神保健福祉法によってほぼ一元的に進められてきた精神保健福祉は、法律の事務分掌をもとに、保健（健康づくり）と障害者福祉等で分離して扱われるようになり、さらに介護保険法、自殺対策基本法、児童虐待防止法、発達障害者支援法、ひきこもり対策等における精神保健福祉の関与を含めると、精神保健は、行政内の様々な部門の中に、分散して存在する時代を迎えているように思われる。次回の精神保健福祉法改正に計画されるであろう「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂においては、国民の精神保健福祉のニーズの変化や法制度の変化を踏まえて、「精神保健福祉センター運営要領」と一体的に大規模な改訂を行う必要があると考えられた。

E. 結論

保健所、市町村における「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の運用実態の質問紙調査、地域精神保健福祉活動に関係する機関等における保健所、市町村との連携の実態等の質問紙調査を行い、本事業の基礎資料とすることを目的として、保健所調査、市区町村調査、団体・施設調査の 3 つの質問紙調査を行った。「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂においては、「精神保健福祉センター運営要領」とともに、新たな時代に対応した、行政の精神保健福祉の大きな方向を示す抜本的な改訂になることが期待される。

謝辞

本調査にご協力いただきました保健所、市区町村、精神保健福祉センター、各団体・施設の皆様に感謝いたします。

また全国保健所長会会長 澁谷いづみ様ほか会員の皆様、全国精神保健福祉センター長会会長 藤田健三様ほか会員の皆様に感謝いたします。

表1.1 精神保健福祉業務を担当している常勤職員数

	県型			中核市型		指定都市型		計	
	人数	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
医師【常勤】	0	202	84.5%	41	85.4%	17	81.0%	260	84.4%
	1	32	13.4%	6	12.5%	2	9.5%	40	13.0%
	2	3	1.3%	0	0.0%	2	9.5%	5	1.6%
	3	2	0.8%	1	2.1%	0	0.0%	3	1.0%
医師【常勤 主業務】	0	237	99.2%	47	97.9%	21	100.0%	305	99.0%
	1	2	0.8%	1	2.1%	0	0.0%	3	1.0%
保健師・看護師【常勤】	0	15	6.3%	4	8.3%	4	19.0%	23	7.5%
	1	42	17.6%	4	8.3%	2	9.5%	48	15.6%
	2	53	22.2%	1	2.1%	3	14.3%	57	18.5%
	3	44	18.4%	3	6.3%	4	19.0%	51	16.6%
	4	33	13.8%	6	12.5%	0	0.0%	39	12.7%
	5+	52	21.8%	30	62.5%	8	38.1%	90	29.2%
保健師・看護師【常勤 主業務】	0	70	29.3%	13	27.1%	7	33.3%	90	29.2%
	1	71	29.7%	5	10.4%	2	9.5%	78	25.3%
	2	49	20.5%	2	4.2%	3	14.3%	54	17.5%
	3	22	9.2%	5	10.4%	4	19.0%	31	10.1%
	4	13	5.4%	5	10.4%	0	0.0%	18	5.8%
	5+	14	5.9%	18	37.5%	5	23.8%	37	12.0%
精神保健福祉士【常勤】	0	181	75.7%	32	66.7%	10	47.6%	223	72.4%
	1	31	13.0%	6	12.5%	1	4.8%	38	12.3%
	2	17	7.1%	2	4.2%	6	28.6%	25	8.1%
	3+	10	4.2%	8	16.7%	4	19.0%	22	7.1%
	精神保健福祉士【常勤 主業務】	0	192	80.3%	34	70.8%	10	47.6%	236
精神保健福祉士【常勤 主業務】	1	26	10.9%	6	12.5%	1	4.8%	33	10.7%
	2	12	5.0%	2	4.2%	6	28.6%	20	6.5%
	3+	9	3.8%	6	12.5%	4	19.0%	19	6.2%
臨床心理技術者【常勤】	0	234	97.9%	46	95.8%	21	100.0%	301	97.7%
	1	5	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.6%
	2	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	0.3%
	3	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	0.3%
臨床心理技術者【常勤 主業務】	0	235	98.3%	46	95.8%	21	100.0%	302	98.1%
	1	4	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.3%
	2	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	0.3%
	3	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	0.3%
事務職【常勤】	0	107	44.8%	16	33.3%	10	47.6%	133	43.2%
	1	72	30.1%	9	18.8%	3	14.3%	84	27.3%
	2	38	15.9%	7	14.6%	3	14.3%	48	15.6%
	3+	22	9.2%	16	33.3%	5	23.8%	43	14.0%
事務職【常勤 主業務】	0	164	68.6%	26	54.2%	12	57.1%	202	65.6%
	1	55	23.0%	7	14.6%	3	14.3%	65	21.1%
	2	15	6.3%	4	8.3%	2	9.5%	21	6.8%
	3+	5	2.1%	11	22.9%	4	19.0%	20	6.5%
上記以外【常勤】	0	199	83.3%	38	79.2%	17	81.0%	254	82.5%
	1	22	9.2%	3	6.3%	2	9.5%	27	8.8%
	2	9	3.8%	4	8.3%	1	4.8%	14	4.5%
	3+	9	3.8%	3	6.3%	1	4.8%	13	4.2%
上記以外【常勤 主業務】	0	217	90.8%	43	89.6%	18	85.7%	278	90.3%
	1	14	5.9%	1	2.1%	2	9.5%	17	5.5%
	2	6	2.5%	3	6.3%	1	4.8%	10	3.2%
	3+	2	0.8%	1	2.1%	0	0.0%	3	1.0%

注) 主業務とは、主たる業務が精神保健福祉(担当業務の概ね3/4以上)であることを指す。

表1.2 精神保健福祉業務を担当している非常勤職員数

	県型			中核市型		指定都市型		計	
	人数	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
医師【非常勤】	0	209	87.4%	42	87.5%	19	90.5%	270	87.7%
	1	9	3.8%	2	4.2%	1	4.8%	12	3.9%
	2	10	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	10	3.2%
	3+	11	4.6%	4	8.3%	1	4.8%	16	5.2%
医師【非常勤 主業務】	0	216	90.4%	44	91.7%	19	90.5%	279	90.6%
	1	9	3.8%	1	2.1%	1	4.8%	11	3.6%
	2	6	2.5%	0	0.0%	0	0.0%	6	1.9%
	3+	8	3.3%	3	6.3%	1	4.8%	12	3.9%
保健師・看護師【非常勤】	0	225	94.1%	33	68.8%	20	95.2%	278	90.3%
	1	12	5.0%	9	18.8%	0	0.0%	21	6.8%
	2	2	0.8%	1	2.1%	1	4.8%	4	1.3%
	3+	0	0.0%	5	10.4%	0	0.0%	5	1.6%
保健師・看護師【非常勤 主業務】	0	232	97.1%	38	79.2%	20	95.2%	290	94.2%
	1	7	2.9%	8	16.7%	0	0.0%	15	4.9%
	2	0	0.0%	1	2.1%	1	4.8%	2	0.6%
	3+	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	0.3%
精神保健福祉士【非常勤】	0	234	97.9%	36	75.0%	14	66.7%	284	92.2%
	1	3	1.3%	2	4.2%	4	19.0%	9	2.9%
	2	2	0.8%	7	14.6%	1	4.8%	10	3.2%
	3+	0	0.0%	3	6.3%	2	9.5%	5	1.6%
精神保健福祉士【非常勤 主業務】	0	234	97.9%	38	79.2%	14	66.7%	286	92.9%
	1	3	1.3%	2	4.2%	4	19.0%	9	2.9%
	2	2	0.8%	7	14.6%	1	4.8%	10	3.2%
	3	0	0.0%	1	2.1%	2	9.5%	3	1.0%
臨床心理技術者【非常勤】	0	231	96.7%	43	89.6%	21	100.0%	295	95.8%
	1	7	2.9%	2	4.2%	0	0.0%	9	2.9%
	2	0	0.0%	2	4.2%	0	0.0%	2	0.6%
	3+	1	0.4%	1	2.1%	0	0.0%	2	0.6%
臨床心理技術者【非常勤 主業務】	0	233	97.5%	44	91.7%	21	100.0%	298	96.8%
	1	5	2.1%	2	4.2%	0	0.0%	7	2.3%
	2	0	0.0%	2	4.2%	0	0.0%	2	0.6%
	3	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
事務職【非常勤】	0	217	90.8%	40	83.3%	20	95.2%	277	89.9%
	1	18	7.5%	4	8.3%	1	4.8%	23	7.5%
	2	2	0.8%	1	2.1%	0	0.0%	3	1.0%
	3+	2	0.8%	3	6.3%	0	0.0%	5	1.6%
事務職【非常勤 主業務】	0	225	94.1%	42	87.5%	20	95.2%	287	93.2%
	1	13	5.4%	3	6.3%	1	4.8%	17	5.5%
	2	1	0.4%	2	4.2%	0	0.0%	3	1.0%
	3+	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%	1	0.3%
上記以外【非常勤】	0	234	97.9%	42	87.5%	20	95.2%	296	96.1%
	1	3	1.3%	2	4.2%	0	0.0%	5	1.6%
	2	1	0.4%	1	2.1%	0	0.0%	2	0.6%
	3+	1	0.4%	3	6.3%	1	4.8%	5	1.6%
上記以外【非常勤 主業務】	0	236	98.7%	44	91.7%	20	95.2%	300	97.4%
	1	1	0.4%	2	4.2%	0	0.0%	3	1.0%
	2	1	0.4%	1	2.1%	0	0.0%	2	0.6%
	3+	1	0.4%	1	2.1%	1	4.8%	3	1.0%

注) 主業務とは、主たる業務が精神保健福祉(担当業務の概ね3/4以上)であることを指す。

表2.1 管内住民の精神健康に関する調査結果

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保有している	56	14	6	76
	23.4%	29.2%	28.6%	24.7%
保有していない	183	34	15	232
	76.6%	70.8%	71.4%	75.3%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表2.2 管内の精神科病院のリスト

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保有している	234	46	20	300
	97.9%	95.8%	95.2%	97.4%
保有していない	5	2	1	8
	2.1%	4.2%	4.8%	2.6%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表2.3 管内の精神神経科診療所のリスト

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保有している	232	48	20	300
	97.1%	100.0%	95.2%	97.4%
保有していない	7	0	1	8
	2.9%	0.0%	4.8%	2.6%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表2.4 管内の自立支援医療(精神通院医療)の利用者の実数

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保有している	204	39	17	260
	85.4%	81.3%	81.0%	84.3%
保有していない	35	9	4	48
	14.6%	18.8%	19.0%	15.6%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表2.5 精神障害者保健福祉手帳の所持者数

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保有している	206	39	18	263
	86.2%	81.3%	85.7%	85.4%
保有していない	33	9	3	45
	13.8%	18.8%	14.3%	14.6%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表2.6 管内の自立支援法の障害福祉サービスの施設リスト

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保有している	209	40	16	265
	87.4%	83.3%	76.2%	86.0%
保有していない	30	8	5	43
	12.6%	16.7%	23.8%	14.0%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表2.7 管内の自立支援法の障害福祉サービスについての精神障害者の利用実数

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保有している	28	27	14	69
	11.7%	56.3%	66.7%	22.4%
保有していない	211	21	7	239
	88.3%	43.8%	33.3%	77.6%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表3.1 地域住民の心の健康づくりに関する知識 または精神障害に対する正しい知識の普及啓発の取組み(複数回答)

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保健所として主催	186	47	13	246
	77.8%	97.9%	61.9%	79.9%
他機関等の実施に協力	125	18	8	151
	52.3%	37.5%	38.1%	49.0%
いずれもなし	16	1	4	21
	6.7%	2.1%	19.0%	6.8%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表3.2 家族や障害者本人に対する教室(複数回答)

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保健所として主催	143	38	15	196
	59.8%	79.2%	71.4%	63.6%
他機関等の実施に協力	76	9	4	89
	31.8%	18.8%	19.0%	28.0%
いずれもなし	54	8	4	66
	22.6%	16.7%	19.0%	21.4%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表4.1 市区町村職員を対象とした研修(複数回答)

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保健所として主催	184	30	3	217
	77.0%	62.5%	14.3%	70.5%
他機関等の実施に協力	59	7	4	70
	24.7%	14.6%	19.0%	22.7%
いずれもなし	40	16	14	70
	16.7%	33.3%	66.7%	22.7%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表4.2 市区町村以外の関係機関・施設・団体を対象とした研修(複数回答)

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保健所として主催	185	26	7	218
	77.4%	54.2%	33.3%	70.8%
他機関等の実施に協力	63	10	6	79
	26.4%	20.8%	28.6%	25.6%
いずれもなし	32	17	8	57
	13.4%	35.4%	38.1%	18.5%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表5.1 当該地域における精神障害者の当事者団体の育成支援

	県型	中核市型	指定都市型	合計
平均週1回以上	4	0	0	4
	1.7%	0%	0%	1.3%
平均月1回以上	29	5	4	38
	12.1%	10.4%	19.0%	12.3%
年数回程度	78	11	2	91
	32.6%	22.9%	9.5%	29.5%
ない	128	32	15	175
	53.6%	66.7%	71.4%	56.8%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表5.2 当該地域における精神障害者家族会の育成支援

	県型	中核市型	指定都市型	合計
平均週1回以上	0	2	0	2
	0%	4.2%	0%	0.6%
平均月1回以上	57	13	6	76
	23.8%	27.1%	28.6%	24.7%
年数回程度	148	27	8	183
	61.9%	56.3%	38.1%	59.4%
ない	34	6	7	47
	14.2%	12.5%	33.3%	15.3%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表5.3 当該地域におけるアルコール薬物依存症関連の自助グループの育成支援

	県型	中核市型	指定都市型	合計
平均週1回以上	0	0	1	1
	0%	0%	4.8%	0.3%
平均月1回以上	30	8	1	39
	12.6%	16.7%	4.8%	12.7%
年数回程度	90	15	5	110
	37.7%	31.3%	23.8%	35.7%
ない	119	25	14	158
	49.8%	52.1%	66.7%	51.3%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表5.4 当該地域における精神障害者の就労支援のための職協会の育成支援

	県型	中核市型	指定都市型	合計
平均週1回以上	0	0	0	0
	0%	0%	0%	0%
平均月1回以上	9	2	1	12
	3.8%	4.2%	4.8%	3.9%
年数回程度	31	4	5	40
	13.0%	8.3%	23.8%	13.0%
ない	199	42	15	256
	83.3%	87.5%	71.4%	83.1%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表5.5 当該地域における精神保健ボランティア団体の育成支援

	県型	中核市型	指定都市型	合計
平均週1回以上	1	0	0	1
	.4%	0%	0%	.3%
平均月1回以上	28	9	1	38
	11.7%	18.8%	4.8%	12.3%
年数回程度	91	15	4	110
	38.1%	31.3%	19.0%	35.7%
ない	119	24	16	159
	49.8%	50.0%	76.2%	51.6%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表5.6 その他、平均して週1回以上、または月1回以上の育成支援を行っている組織団体

	県型	中核市型	指定都市型	合計
あり	28	6	1	35
	11.7%	12.5%	4.8%	11.4%
なし	211	42	20	273
	88.3%	87.5%	95.2%	88.6%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6.1 保健所職員による面接相談

	県型	中核市型	指定都市型	合計
定期的に実施	6	4	0	10
	2.5%	8.3%	0%	3.2%
随時実施	233	43	18	294
	97.5%	89.6%	85.7%	95.5%
実施していない	0	1	3	4
	0%	2.1%	14.3%	1.3%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6.2 精神科嘱託医による面接相談

	県型	中核市型	指定都市型	合計
定期的な実施	208	43	16	267
	87.0%	89.6%	76.2%	86.7%
随時実施	14	1	0	15
	5.9%	2.1%	0%	4.9%
実施していない	17	4	5	26
	7.1%	8.3%	23.8%	8.4%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6.3 アルコール問題についての専門相談日

	県型	中核市型	指定都市型	合計
あり	43	14	6	63
	18.0%	29.2%	28.6%	20.5%
なし	196	34	15	245
	82.0%	70.8%	71.4%	79.5%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6.4 思春期精神保健についての専門相談日

	県型	中核市型	指定都市型	合計
あり	43	13	2	58
	18.0%	27.1%	9.5%	18.8%
なし	196	35	19	250
	82.0%	72.9%	90.5%	81.2%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6.5 ひきこもりについての専門相談日

	県型	中核市型	指定都市型	合計
あり	39	9	1	49
	16.3%	18.8%	4.8%	15.9%
なし	200	39	20	259
	83.7%	81.3%	95.2%	84.1%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6.6 認知症についての専門相談日

	県型	中核市型	指定都市型	合計
あり	24	10	1	35
	10.0%	20.8%	4.8%	11.4%
なし	215	38	20	273
	90.0%	79.2%	95.2%	88.6%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6.7 薬物乱用・依存についての専門相談日

	県型	中核市型	指定都市型	合計
あり	12	6	1	19
	5.0%	12.5%	4.8%	6.2%
なし	227	42	20	289
	95.0%	87.5%	95.2%	93.8%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6.8 社会復帰についての専門相談日

	県型	中核市型	指定都市型	合計
あり	8	2	1	11
	3.3%	4.2%	4.8%	3.6%
なし	231	46	20	297
	96.7%	95.8%	95.2%	96.4%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6.9 その他の専門相談日

	県型	中核市型	指定都市型	合計
あり	32	15	5	52
	13.4%	31.3%	23.8%	16.9%
なし	207	33	16	256
	86.6%	68.8%	76.2%	83.1%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表7.1 保健所職員による訪問指導

	県型	中核市型	指定都市型	合計
担当職員1人当たり週1日もしくはそれ以上	86	27	8	121
	36.0%	56.3%	38.1%	39.3%
左記よりも少ない頻度	150	19	9	178
	62.8%	39.6%	42.9%	57.8%
ほとんど実施していない	3	1	1	5
	1.3%	2.1%	4.8%	1.6%
実施していない	0	1	3	4
	.0%	2.1%	14.3%	1.3%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表7.2 精神科嘱託医による訪問指導

	県型	中核市型	指定都市型	合計
担当職員1人当たり週1日もしくはそれ以上	1	0	0	1
	.4%	.0%	.0%	.3%
左記よりも少ない頻度	40	15	4	59
	16.7%	31.3%	19.0%	19.2%
ほとんど実施していない	50	8	4	62
	20.9%	16.7%	19.0%	20.1%
実施していない	148	25	13	186
	61.9%	52.1%	61.9%	60.4%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表7.3 その他の非常勤職員による訪問指導

	県型	中核市型	指定都市型	合計
担当職員1人当たり週1日もしくはそれ以上	3	3	1	7
	1.3%	6.3%	4.8%	2.3%
左記よりも少ない頻度	7	7	1	15
	2.9%	14.6%	4.8%	4.9%
ほとんど実施していない	11	6	0	17
	4.6%	12.5%	.0%	5.5%
実施していない	218	32	19	269
	91.2%	66.7%	90.5%	87.3%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表8.1 精神保健のグループワーク

	県型	中核市型	指定都市型	合計
週1回以上	5	14	1	20
	2.1%	29.2%	4.8%	6.5%
左記よりも少ない頻度	70	13	7	90
	29.3%	27.1%	33.3%	29.2%
実施していない	164	21	13	198
	68.6%	43.8%	61.9%	64.3%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表8.2 自立支援法関連施設・サービスへの指導監督

	県型	中核市型	指定都市型	合計
あり	73 30.5%	5 10.4%	5 23.8%	83 26.9%
なし	166 69.5%	43 89.6%	16 76.2%	225 73.1%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表8.3 精神障害者保健福祉手帳の申請方法の周知のための取組

	県型	中核市型	指定都市型	合計
あり	27 11.3%	24 50.0%	7 33.3%	58 18.8%
なし	212 88.7%	24 50.0%	14 66.7%	250 81.2%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表8.4 精神障害者保健福祉手帳に基づく福祉サービス拡充のための取組

	県型	中核市型	指定都市型	合計
あり	25 10.5%	10 20.8%	4 19.0%	39 12.7%
なし	214 89.5%	38 79.2%	17 81.0%	269 87.3%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表9.1 精神保健福祉法第23条および第24条における措置入院関連の業務実績

(平成23年4月1日～9月30日まで)の度数分布

	県型			中核市型		指定都市型		計	
	件数	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
第23条 申請通報等の件数	0	185	77.4%	42	87.5%	15	71.4%	242	78.6%
	1	39	16.3%	4	8.3%	3	14.3%	46	14.9%
	2	4	1.7%	1	2.1%	2	9.5%	7	2.3%
	3	3	1.3%	1	2.1%	0	0.0%	4	1.3%
	4	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
	5+	7	2.9%	0	0.0%	1	4.8%	8	2.6%
第23条 うち措置診察への立会件数	0	206	86.2%	46	95.8%	20	95.2%	272	88.3%
	1	25	10.5%	2	4.2%	1	4.8%	28	9.1%
	2	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
	3	2	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%
	4	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
	5+	4	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.3%
第23条 うち措置入院の件数	0	207	86.6%	45	93.8%	20	95.2%	272	88.3%
	1	24	10.0%	3	6.3%	1	4.8%	28	9.1%
	2	3	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.0%
	3	2	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%
	4	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
	5+	2	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%
第23条 うち緊急措置診察への立会件数	0	233	97.5%	48	100.0%	21	100.0%	302	98.1%
	1	5	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.6%
	2	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
第24条 申請通報等の件数	0	27	11.3%	16	33.3%	1	4.8%	44	14.3%
	1	22	9.2%	0	0.0%	0	0.0%	22	7.1%
	2	12	5.0%	1	2.1%	0	0.0%	13	4.2%
	3	20	8.4%	2	4.2%	0	0.0%	22	7.1%
	4	18	7.5%	1	2.1%	0	0.0%	19	6.2%
	5+	140	58.6%	28	58.3%	20	95.2%	188	61.0%
第24条 うち措置診察への立会件数	0	78	32.6%	37	77.1%	4	19.0%	119	38.6%
	1	23	9.6%	1	2.1%	1	4.8%	25	8.1%
	2	27	11.3%	3	6.3%	0	0.0%	30	9.7%
	3	30	12.6%	0	0.0%	1	4.8%	31	10.1%
	4	15	6.3%	0	0.0%	1	4.8%	16	5.2%
	5+	66	27.6%	7	14.6%	14	66.7%	87	28.2%
第24条 うち措置入院の件数	0	82	34.3%	31	64.6%	3	14.3%	116	37.7%
	1	37	15.5%	3	6.3%	1	4.8%	41	13.3%
	2	29	12.1%	3	6.3%	1	4.8%	33	10.7%
	3	21	8.8%	0	0.0%	2	9.5%	23	7.5%
	4	20	8.4%	2	4.2%	3	14.3%	25	8.1%
	5+	50	20.9%	9	18.8%	11	52.4%	70	22.7%
第24条 うち緊急措置診察への立会件数	0	171	71.5%	44	91.7%	8	38.1%	223	72.4%
	1	32	13.4%	2	4.2%	0	0.0%	34	11.0%
	2	14	5.9%	1	2.1%	1	4.8%	16	5.2%
	3	9	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	9	2.9%
	4	3	1.3%	0	0.0%	1	4.8%	4	1.3%
	5+	10	4.2%	1	2.1%	11	52.4%	22	7.1%

表9.2 精神保健福祉法第34条の実績(平成23年4月1日～9月30日まで)の分布

	中央値					N
	パーセンタイル 05	パーセンタイル 25	パーセンタイル 75	パーセンタイル 95	最頻値	
措置入院のための移送 事前調査の件数						
県型	0	0	2	11	0	239
中核市型	0	0	0	0	0	48
指定都市型	0	0	4	26	0	21
計	0	0	1	11	0	308

措置入院のための移送 移送への立会件数						
県型	0	0	2	9	0	239
中核市型	0	0	0	1	0	48
指定都市型	0	0	0	26	0	21
計	0	0	1	9	0	308
医療保護入院および応急入院のための移送 事前調査の件数						
県型	0	0	0	1	0	239
中核市型	0	0	0	0	0	48
指定都市型	0	0	0	1	0	21
計	0	0	0	1	0	308

医療保護入院および応急入院のための移送 移送への立会件数						
県型	0	0	0	1	0	239
中核市型	0	0	0	0	0	48
指定都市型	0	0	0	1	0	21
計	0	0	0	1	0	308

表9.3 精神保健福祉法に基づく実地指導

	県型	中核市型	指定都市型	合計
実施している	117 49.0%	3 6.3%	6 28.6%	126 40.9%
参画している	90 37.7%	12 25.0%	7 33.3%	109 35.2%
関与していない	32 13.4%	33 68.8%	8 38.1%	73 23.7%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表9.4 精神保健福祉法に基づく実施審査

	県型	中核市型	指定都市型	合計
実施している	110 46.0%	3 6.3%	4 19.0%	117 38.0%
参画している	70 29.3%	7 14.6%	7 33.3%	84 27.3%
関与していない	59 24.7%	38 79.2%	10 47.6%	107 34.7%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表10.1 市区町村との連絡調整 主たる内容(複数回答)

	県型	中核市型	指定都市型	合計
精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討	454 44.6%	0 .0%	0 .0%	454 44.6%
市町村障害福祉計画の策定	61 6.0%	0 .0%	0 .0%	61 6.0%
自立支援協議会	277 27.2%	0 .0%	0 .0%	277 27.2%
精神保健福祉相談・訪問指導	850 83.5%	0 .0%	0 .0%	850 83.5%
組織育成	110 10.8%	0 .0%	0 .0%	110 10.8%
職員の研修	87 8.5%	0 .0%	0 .0%	87 8.5%
普及啓発	167 16.4%	0 .0%	0 .0%	167 16.4%
事例検討会	428 42.0%	0 .0%	0 .0%	428 42.0%
教育委員会への支援	15 1.5%	0 .0%	0 .0%	15 1.5%
福祉事務所・福祉課への支援	148 14.5%	0 .0%	0 .0%	148 14.5%
その他	47 4.6%	0 .0%	0 .0%	47 4.6%
無回答	25 2.5%	0 .0%	0 .0%	25 2.5%
合計	1018 100.0%	0 .0%	0 .0%	1018 100.0%

表10.2 市区町村との連絡調整 主たる領域・対象(複数回答)

	県型	中核市型	指定都市型	合計
社会復帰・地域移行	606 59.5%	0 .0%	0 .0%	606 59.5%
自殺	450 44.2%	0 .0%	0 .0%	450 44.2%
災害・被害者支援	58 5.7%	0 .0%	0 .0%	58 5.7%
心神喪失者医療観察法	55 5.4%	0 .0%	0 .0%	55 5.4%
認知症	94 9.2%	0 .0%	0 .0%	94 9.2%
アルコール関連問題	160 15.7%	0 .0%	0 .0%	160 15.7%
薬物依存	14 1.4%	0 .0%	0 .0%	14 1.4%
発達障害	73 7.2%	0 .0%	0 .0%	73 7.2%
対応困難事例	863 84.8%	0 .0%	0 .0%	863 84.8%
その他	58 5.7%	0 .0%	0 .0%	58 5.7%
無回答	27 2.7%	0 .0%	0 .0%	27 2.7%
合計	1018 100.0%	0 .0%	0 .0%	1018 100.0%

表 11.1 保健所または市区町村の精神保健福祉業務及び体制についての意見
(一部を要約して掲載)

- 【県型】
- ・ 保健所体制の質と量の充実
 - ・ 市町村において対応が難しい事例への取組、支援
 - ・ 精神保健福祉の統計整理、目標設定、計画づくり、市町村支援を行う(市町村は障害福祉計画にもとづく推進と社会資源の整備を進める)
 - ・ 受診援助、危機介入時における保健所の役割を明確化する
 - ・ 保健所が中心的な行政機関という時代ではなくなっている
 - ・ 移送制度をわかりやすく、使いやすいものにする
 - ・ 市町村、関係機関職員のスキルアップを図るための研修を企画・実施する
 - ・ 保健所においても予防的な活動が必要とされるが、緊急事例への対応が優先される
 - ・ ところの健康づくりを、からだの健康づくりと一体で取り組むことのできる体制が必要
 - ・ 「身近なサービスは市町村」と言っても、身近すぎて相談しにくいという声がある
 - ・ 精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療(精神通院医療)の利用実態がわからなくなった
 - ・ 市町村支援は、自立支援法関係では、自立支援協議会の活性化と連携、相談支援の質の向上等が課題である。事例対応では、体制が整っている市町村については関係機関とのネットワークを強化できるように連携を図る。体制が整っていない市町村については技術援助を行いつながり、市での体制整備について問題提起する
 - ・ 保健所による継続訪問が困難になっている
 - ・ 行政のみで解決できないことも多く、医療機関との連携が必要
- 【中核市型】
- ・ 地域住民のためには、行政機関の保健部門と福祉部門の連携、あるいは、行政と障害者相談支援事業所や地域包括センター等との協力・協働が必要であり、これらが一体となった相談支援体制の構築が求められる
 - ・ 相談業務に携わる専門職(精神保健福祉士、保健師、心理師)の配置
 - ・ 移送制度は調査時間がかかり、利用しづらいものとなっている。家族に民間救急を紹介するが、費用がかかり、負担が大きい。
 - ・ 未治療者および治療中断者へのアウトリーチ体制の整備と医療機関との連携強化
 - ・ 中核市保健所の権限が不明確であり、事業における財源確保が困難な状況にある
 - ・ 精神保健福祉に関わる職員は保健師が多いが、心理師、社会福祉士等の専門職の配置による体制の充実を図り、精神保健福祉の窓口の統一が必要である
 - ・ 福祉サービスの利用等に関する相談において、パーソナリティ障害や神経症の方からの相談が増加しており、専門職員の増員はもとより、職員のスキルアップが求められる
 - ・ 保健所で行っている精神保健福祉法における業務は、障害者自立支援法における業務と重

複するところがある

【政令指定都市】

- ・ 精神保健福祉業務に従事する職員の充実
- ・ 実務に当たる保健センターのマンパワー不足
- ・ 精神保健福祉行政に対するニーズが強く求められている現状において、国が掲げている地域移行への実質的な実現はなかなか困難である
(自殺対策、ひきこもり等の個別事業の充実については記載を省略した)

表 11.2 精神保健福祉センターの業務および体制についての意見
(一部を要約して掲載)

- ・ コンサルテーションの充実
 - ・ 保健所、市町村等の活動が効果的に展開できるような技術指導、技術援助
 - ・ 自立支援医療の申請者の増加が著しいことから、判定業務を行う人員の増加や、事務処理の簡素化等、現場の負担軽減が必要である
 - ・ 市町村専門職への支援体制をつくる
 - ・ 保健所へのスーパーバイズ機能
 - ・ 処遇困難事例検討会のスーパーバイザー
 - ・ モデル事業の実施と保健所への技術指導
 - ・ 調査研究に取り組んでほしい
 - ・ 精神科救急体制構築のためのリーダーシップ
 - ・ 系統的な研修の計画・実施による人材育成
- (自殺対策、ひきこもり等の個別事業の充実については記載を省略した)

表12.1 精神保健福祉業務を担当している常勤職員数

	人数	10万人未満		10万人以上30万人未満		30万人以上		計	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
医師【常勤】	0	309	100.0%	53	100.0%	11	50.0%	373	97.1%
	1	0	0.0%	0	0.0%	3	13.6%	3	0.8%
	2	0	0.0%	0	0.0%	5	22.7%	5	1.3%
	3+	0	0.0%	0	0.0%	3	13.6%	3	0.8%
医師【常勤 主業務】	0	309	100.0%	53	100.0%	15	68.2%	377	98.2%
	1	0	0.0%	0	0.0%	2	9.1%	2	0.5%
	2	0	0.0%	0	0.0%	4	18.2%	4	1.0%
	3	0	0.0%	0	0.0%	1	4.5%	1	0.3%
保健師・看護師【常勤】	0	80	25.9%	9	17.0%	4	18.2%	93	24.2%
	1	77	24.9%	18	34.0%	5	22.7%	100	26.0%
	2	53	17.2%	10	18.9%	0	0.0%	63	16.4%
	3	22	7.1%	8	15.1%	0	0.0%	30	7.8%
	4	23	7.4%	0	0.0%	2	9.1%	25	6.5%
	5+	54	17.5%	8	15.1%	11	50.0%	73	19.0%
保健師・看護師【常勤 主業務】	0	223	72.2%	24	45.3%	10	45.5%	257	66.9%
	1	59	19.1%	15	28.3%	3	13.6%	77	20.1%
	2	18	5.8%	7	13.2%	1	4.5%	26	6.8%
	3	4	1.3%	5	9.4%	0	0.0%	9	2.3%
	4	3	1.0%	0	0.0%	1	4.5%	4	1.0%
	5+	2	0.6%	2	3.8%	7	31.8%	11	2.9%
精神保健福祉士【常勤】	0	282	91.3%	41	77.4%	8	36.4%	331	86.2%
	1	25	8.1%	6	11.3%	1	4.5%	32	8.3%
	2	2	0.6%	3	5.7%	4	18.2%	9	2.3%
	3+	0	0.0%	3	5.7%	9	40.9%	12	3.1%
精神保健福祉士【常勤 主業務】	0	295	95.5%	46	86.8%	11	50.0%	352	91.7%
	1	13	4.2%	4	7.5%	1	4.5%	18	4.7%
	2	1	0.3%	1	1.9%	3	13.6%	5	1.3%
	3+	0	0.0%	2	3.8%	7	31.8%	9	2.3%
臨床心理技術者【常勤】	0	309	100.0%	52	98.1%	17	77.3%	378	98.4%
	1	0	0.0%	0	0.0%	1	4.5%	1	0.3%
	2	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	1	0.3%
	3+	0	0.0%	0	0.0%	4	18.2%	4	1.0%
臨床心理技術者【常勤 主業務】	0	309	100.0%	53	100.0%	18	81.8%	380	99.0%
	1	0	0.0%	0	0.0%	1	4.5%	1	0.3%
	3+	0	0.0%	0	0.0%	3	13.6%	3	0.8%
事務職【常勤】	0	102	33.0%	21	39.6%	5	22.7%	128	33.3%
	1	110	35.6%	9	17.0%	2	9.1%	121	31.5%
	2	51	16.5%	8	15.1%	3	13.6%	62	16.1%
	3+	46	14.9%	15	28.3%	12	54.5%	73	19.0%
事務職【常勤 主業務】	0	251	81.2%	35	66.0%	7	31.8%	293	76.3%
	1	53	17.2%	15	28.3%	2	9.1%	70	18.2%
	2	3	1.0%	2	3.8%	2	9.1%	7	1.8%
	3+	2	0.6%	1	1.9%	11	50.0%	14	3.6%
上記以外【常勤】	0	289	93.5%	50	94.3%	17	77.3%	356	92.7%
	1	13	4.2%	1	1.9%	2	9.1%	16	4.2%
	2	4	1.3%	1	1.9%	0	0.0%	5	1.3%
	3+	3	1.0%	1	1.9%	3	13.6%	7	1.8%
上記以外【常勤 主業務】	0	306	99.0%	51	96.2%	17	77.3%	374	97.4%
	1	3	1.0%	1	1.9%	2	9.1%	6	1.6%
	2	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	1	0.3%
	3+	0	0.0%	0	0.0%	3	13.6%	3	0.8%

注) 主業務とは、主たる業務が精神保健福祉(担当業務の概ね3/4以上)であることを指す。

表12.2 精神保健福祉業務を担当している非常勤職員数

	人数	10万人未満		10万人以上30万人未満		30万人以上		計	
		度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
医師【非常勤】	0	303	98.1%	51	96.2%	19	86.4%	373	97.1%
	1	5	1.6%	1	1.9%	1	4.5%	7	1.8%
	2	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
	3+	0	0.0%	1	1.9%	2	9.1%	3	0.8%
医師【非常勤 主業務】	0	308	99.7%	51	96.2%	20	90.9%	379	98.7%
	1	0	0.0%	1	1.9%	1	4.5%	2	0.5%
	2	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%
	3+	0	0.0%	1	1.9%	1	4.5%	2	0.5%
保健師・看護師【非常勤】	0	282	91.3%	47	88.7%	20	90.9%	349	90.9%
	1	23	7.4%	3	5.7%	0	0.0%	26	6.8%
	2	2	0.6%	1	1.9%	2	9.1%	5	1.3%
	3+	2	0.6%	2	3.8%	0	0.0%	4	1.0%
保健師・看護師【非常勤 主業務】	0	300	97.1%	50	94.3%	21	95.5%	371	96.6%
	1	9	2.9%	1	1.9%	0	0.0%	10	2.6%
	2	0	0.0%	1	1.9%	1	4.5%	2	0.5%
	3	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	1	0.3%
精神保健福祉士【非常勤】	0	299	96.8%	42	79.2%	14	63.6%	355	92.4%
	1	8	2.6%	7	13.2%	1	4.5%	16	4.2%
	2	2	0.6%	3	5.7%	4	18.2%	9	2.3%
	3+	0	0.0%	1	1.9%	3	13.6%	4	1.0%
精神保健福祉士【非常勤 主業務】	0	304	98.4%	44	83.0%	14	63.6%	362	94.3%
	1	3	1.0%	6	11.3%	1	4.5%	10	2.6%
	2	2	0.6%	2	3.8%	4	18.2%	8	2.1%
	3+	0	0.0%	1	1.9%	3	13.6%	4	1.0%
臨床心理技術者【非常勤】	0	305	98.7%	51	96.2%	20	90.9%	376	97.9%
	1	3	1.0%	2	3.8%	0	0.0%	5	1.3%
	2	1	0.3%	0	0.0%	1	4.5%	2	0.5%
	3+	0	0.0%	0	0.0%	1	4.5%	1	0.3%
臨床心理技術者【非常勤 主業務】	0	307	99.4%	52	98.1%	20	90.9%	379	98.7%
	1	1	0.3%	1	1.9%	0	0.0%	2	0.5%
	2	1	0.3%	0	0.0%	1	4.5%	2	0.5%
	3+	0	0.0%	0	0.0%	1	4.5%	1	0.3%
事務職【非常勤】	0	296	95.8%	41	77.4%	17	77.3%	354	92.2%
	1	11	3.6%	8	15.1%	1	4.5%	20	5.2%
	2	1	0.3%	2	3.8%	1	4.5%	4	1.0%
	3+	1	0.3%	2	3.8%	3	13.6%	6	1.6%
事務職【非常勤 主業務】	0	302	97.7%	49	92.5%	18	81.8%	369	96.1%
	1	7	2.3%	4	7.5%	2	9.1%	13	3.4%
	2	0	0.0%	0	0.0%	1	4.5%	1	0.3%
	3+	0	0.0%	0	0.0%	1	4.5%	1	0.3%
上記以外【非常勤】	0	304	98.4%	50	94.3%	18	81.8%	372	96.9%
	1	4	1.3%	3	5.7%	2	9.1%	9	2.3%
	2	0	0.0%	0	0.0%	1	4.5%	1	0.3%
	3+	1	0.3%	0	0.0%	1	4.5%	2	0.5%
上記以外【非常勤 主業務】	0	305	98.7%	52	98.1%	19	86.4%	376	97.9%
	1	3	1.0%	1	1.9%	1	4.5%	5	1.3%
	2	0	0.0%	0	0.0%	1	4.5%	1	0.3%
	3+	1	0.3%	0	0.0%	1	4.5%	2	0.5%

注) 主業務とは、主たる業務が精神保健福祉(担当業務の概ね3/4以上)であることを指す。

表13.1 管内住民の精神健康に関する調査結果

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
保有している	64 20.7%	14 26.4%	4 18.2%	82 21.4%
保有していない	245 79.3%	39 73.6%	18 81.8%	302 78.6%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表13.2 管内の精神科病院のリスト

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
保有している	249 80.6%	51 96.2%	21 95.5%	321 83.6%
保有していない	60 19.4%	2 3.8%	1 4.5%	63 16.4%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表13.3 管内の精神神経科診療所のリスト

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
保有している	229 74.1%	51 96.2%	22 100.0%	302 78.6%
保有していない	80 25.9%	2 3.8%	0 0%	82 21.4%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表13.4 管内の自立支援医療(精神通院医療)の利用者の数

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
保有している	289 93.5%	53 100.0%	22 100.0%	364 94.8%
保有していない	20 6.5%	0 0%	0 0%	20 5.2%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表13.5 精神障害者保健福祉手帳の所持者数

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
保有している	301 97.4%	53 100.0%	22 100.0%	376 97.9%
保有していない	8 2.6%	0 0%	0 0%	8 2.1%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表13.6 管内の自立支援法の障害福祉サービスの施設リスト

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
保有している	267 86.4%	51 96.2%	21 95.5%	339 88.3%
保有していない	42 13.6%	2 3.8%	1 4.5%	45 11.7%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表13.7 管内の自立支援法の障害福祉サービスについての精神障害者の利用実数

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
保有している	263 85.1%	51 96.2%	18 81.8%	332 86.5%
保有していない	46 14.9%	2 3.8%	4 18.2%	52 13.5%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表14.1 地域住民の心の健康づくりに関する知識、または精神障害に対する正しい知識の普及啓発の取組み(複数回答)

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
市区町村として主催	201 65.0%	41 77.4%	19 86.4%	261 68.0%
他機関等の実施に協力	69 22.3%	10 18.9%	9 40.9%	88 22.9%
いずれもなし	82 26.5%	9 17.0%	0 0%	91 23.7%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表14.2 家族や障害者本人に対する教室(複数回答)

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
市区町村として主催	115 37.2%	19 35.8%	15 68.2%	149 38.8%
他機関等の実施に協力	59 19.1%	9 17.0%	5 22.7%	73 19.0%
いずれもなし	154 49.8%	29 54.7%	4 18.2%	187 48.7%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表15.1 当該地域における精神障害者の当事者団体の育成支援

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
平均週1回以上	5 1.6%	0 0%	0 0%	5 1.3%
平均月1回以上	33 10.7%	2 3.8%	2 9.1%	37 9.6%
年数回程度	40 12.9%	9 17.0%	5 22.7%	54 14.1%
ない	231 74.8%	42 79.2%	15 68.2%	288 75.0%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表15.2 当該地域における精神障害者家族会の育成支援

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
平均週1回以上	0 0%	0 0%	1 4.5%	1 3%
平均月1回以上	25 8.1%	5 9.4%	0 0%	30 7.8%
年数回程度	102 33.0%	25 47.2%	16 72.7%	143 37.2%
ない	182 58.9%	23 43.4%	5 22.7%	210 54.7%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表15.3 当該地域におけるアルコール・薬物依存症関連の自助グループの育成支援

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
平均週1回以上	3 1.0%	0 0%	0 0%	3 8%
平均月1回以上	7 2.3%	0 0%	4 18.2%	11 2.9%
年数回程度	32 10.4%	3 5.7%	7 31.8%	42 10.9%
ない	267 86.4%	50 94.3%	11 50.0%	328 85.4%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表15.4 当該地域における精神障害者の就労支援のための職訓会の育成支援

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
平均週1回以上	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%
平均月1回以上	0 0%	1 1.9%	0 0%	1 3%
年数回程度	14 4.5%	3 5.7%	0 0%	17 4.4%
ない	295 95.5%	49 92.5%	22 100.0%	366 95.3%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表15.5 当該地域における精神保健ボランティア団体の育成支援

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
平均週1回以上	2 6%	0 0%	0 0%	2 5%
平均月1回以上	13 4.2%	2 3.8%	5 22.7%	20 5.2%
年数回程度	58 18.8%	13 24.5%	5 22.7%	76 19.8%
ない	236 76.4%	38 71.7%	12 54.5%	286 74.5%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表15.6 その他、平均して週1回以上、または月1回以上の育成支援を行っている組織団体

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	17 5.5%	6 11.3%	2 9.1%	25 6.5%
なし	292 94.5%	47 88.7%	20 90.9%	359 93.5%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.1 市区町村職員による面接相談

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
定期的に実施	29 9.4%	3 5.7%	1 4.5%	33 8.6%
随時実施	244 79.0%	44 83.0%	20 90.9%	308 80.2%
実施していない	36 11.7%	6 11.3%	1 4.5%	43 11.2%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.2 精神科嘱託医による面接相談

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
定期的に実施	42 13.6%	8 15.1%	13 59.1%	63 16.4%
随時実施	12 3.9%	1 1.9%	1 4.5%	14 3.6%
実施していない	255 82.5%	44 83.0%	8 36.4%	307 79.9%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.3 アルコール問題についての専門相談日

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	14 4.5%	4 7.5%	7 31.8%	25 6.5%
なし	295 95.5%	49 92.5%	15 68.2%	359 93.5%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.4 思春期精神保健についての専門相談日

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	10 3.2%	1 1.9%	5 4.2%	16 4.2%
なし	299 96.8%	52 98.1%	17 77.3%	368 95.8%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.5 ひきこもりについての専門相談日

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	12 3.9%	2 3.8%	4 18.2%	18 4.7%
なし	297 96.1%	51 96.2%	18 81.8%	366 95.3%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.6 認知症についての専門相談日

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	26 8.4%	6 11.3%	6 27.3%	38 9.9%
なし	283 91.6%	47 88.7%	16 72.7%	346 90.1%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.7 薬物乱用・依存についての専門相談日

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	6 1.9%	0 0%	4 18.2%	10 2.6%
なし	303 98.1%	53 100.0%	18 81.8%	374 97.4%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.8 社会復帰についての専門相談日

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	11 3.6%	1 1.9%	0 0%	12 3.1%
なし	298 96.4%	52 98.1%	22 100.0%	372 96.9%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.9 その他の専門相談日

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	50 16.2%	7 13.2%	4 18.2%	61 15.9%
なし	259 83.8%	46 86.8%	18 81.8%	323 84.1%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表17.1 市区町村職員による訪問指導

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
担当職員1人当たり週1日もしくはそれ以上	40 12.9%	12 22.6%	16 72.7%	68 17.7%
左記より少ない頻度	208 67.3%	29 54.7%	2 9.1%	239 62.2%
ほとんど実施していない	37 12.0%	6 11.3%	0 0%	43 11.2%
実施していない	24 7.8%	6 11.3%	4 18.2%	34 8.9%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表17.2 精神科嘱託医による訪問指導

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
担当職員1人当たり週1日もしくはそれ以上	1 .3%	0 .0%	0 0%	1 .3%
左記より少ない頻度	7 2.3%	1 1.9%	7 31.8%	15 3.9%
ほとんど実施していない	282 91.3%	52 98.1%	9 40.9%	343 89.3%
実施していない	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表17.3 その他の非常勤職員による訪問指導

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
担当職員1人当たり週1日もしくはそれ以上	12 3.9%	6 11.3%	2 9.1%	20 5.2%
左記よりも少ない頻度	21 6.8%	3 5.7%	3 13.6%	27 7.0%
ほとんど実施していない	16 5.2%	3 5.7%	2 9.1%	21 5.5%
実施していない	260 84.1%	41 77.4%	15 68.2%	316 82.3%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表18.1 グループワーク

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
週1回以上	12 3.9%	5 9.4%	9 40.9%	26 6.8%
左記よりも少ない頻度	61 19.7%	14 26.4%	4 18.2%	79 20.6%
実施していない	236 76.4%	34 64.2%	9 40.9%	279 72.7%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表18.2 自立支援法関連の事業者への支援・助言等

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	106 34.3%	31 58.5%	19 86.5%	156 40.6%
なし	203 65.7%	22 41.5%	3 13.6%	228 59.4%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表18.3 精神障害者保健福祉手帳の申請方法の周知のための取組

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	118 38.2%	28 52.8%	15 68.2%	161 41.9%
なし	191 61.8%	25 47.2%	7 31.8%	223 58.1%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表18.4 精神障害者保健福祉手帳に基づく福祉サービス拡充のための取組

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	86 27.8%	25 47.2%	10 45.5%	121 31.5%
なし	223 72.2%	28 52.8%	12 54.5%	263 68.5%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表19.1 精神科病院に入院させる場合の同意

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	183 59.2%	52 98.1%	20 90.9%	255 66.4%
なし	126 40.8%	1 1.9%	2 9.1%	129 33.6%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表19.2 入院時の診察への同席

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	60 19.4%	13 24.5%	8 36.4%	81 21.1%
なし	249 80.6%	40 75.5%	14 63.6%	303 78.9%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表19.3 入院後の診察への同席

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	33 10.7%	4 7.5%	5 22.7%	42 10.9%
なし	276 89.3%	49 92.5%	17 77.3%	342 89.1%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表19.4 入院後の面会

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	68 22.0%	17 32.1%	9 40.9%	94 24.5%
なし	241 78.0%	36 67.9%	13 59.1%	290 75.5%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表19.5 財産上の権利を保護する

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	16 5.2%	0 0%	4 18.2%	20 5.2%
なし	293 94.8%	53 100.0%	18 81.8%	364 94.8%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表19.6 措置入院した者の退院または仮退院に当たっての引取義務

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	10 3.2%	11 1.9%	3 13.6%	14 3.6%
なし	299 96.8%	52 98.1%	19 86.4%	370 96.4%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表19.7 医療観察法対象者に対する保護者としての責務(役割)

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	21 6.8%	11 20.8%	8 36.1%	40 10.4%
なし	288 93.2%	42 79.2%	14 63.6%	344 89.6%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表20.1 平成23年12月末時点での、第2期障害福祉計画策定

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
策定している	284 91.9%	52 98.1%	22 100.0%	358 93.2%
策定していない	25 8.1%	1 1.9%	0 0%	26 6.8%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表20.2 第2期障害福祉計画を策定において保健所が果たした役割(複数回答)

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
委員として策定に関与	102 35.9%	32 61.5%	10 45.5%	144 40.2%
資料や情報の提供	102 35.9%	23 44.2%	10 45.5%	135 37.7%
助言指導	63 22.2%	12 23.1%	4 18.2%	79 22.1%
その他	35 12.3%	2 3.8%	6 27.3%	43 12.0%
無回答	38 13.4%	14 7.7%	0 0%	42 11.7%
合計	284 100.0%	52 100.0%	22 100.0%	358 100.0%

表20.3 第2期障害福祉計画の策定に関して、保健所の役割の程度

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
とても大きい	8 2.8%	3 5.8%	11 45.5%	12 3.4%
やや大きい	40 14.1%	10 19.2%	3 13.6%	53 14.8%
どちらともいえない	122 43.0%	25 48.1%	9 40.9%	156 43.6%
小さい	52 18.3%	5 9.6%	6 27.3%	63 17.6%
とても小さい	55 19.4%	7 13.5%	3 13.6%	65 18.2%
無回答	7 2.5%	2 3.8%	0 0%	9 2.5%
合計	284 100.0%	52 100.0%	22 100.0%	358 100.0%

表21.1 平成23年12月末時点での、自立支援協議会設置

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
設置されている	264 85.4%	51 96.2%	22 100.0%	337 87.8%
設置されていない	45 14.6%	2 3.8%	0 0%	47 12.2%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表21.2 自立支援協議会設置の準備および設置後の運営で、精神障害に関して保健所が果たした役割(複数回答)

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
運営委員で関与	43 16.3%	10 19.6%	6 27.3%	59 17.5%
協会委員で関与	128 48.5%	29 56.9%	11 50.0%	168 49.9%
その他	74 28.0%	13 25.5%	9 40.9%	96 28.5%
無回答	31 11.7%	2 3.9%	0 0%	33 9.8%
合計	264 100.0%	51 100.0%	22 100.0%	337 100.0%

表21.3 精神障害者の地域生活移行における保健所の役割の程度

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
とても大きい	41	12	9	62
	15.5%	23.5%	40.9%	18.4%
やや大きい	52	13	4	69
	19.7%	25.5%	18.2%	20.5%
どちらともいえない	113	19	5	137
	42.8%	37.3%	22.7%	40.7%
小さい	27	2	3	32
	10.2%	3.9%	13.6%	9.5%
とても小さい	25	4	1	30
	9.5%	7.8%	4.5%	8.9%
無回答	6	1	0	7
	2.3%	2.0%	.0%	2.1%
合計	264	51	22	337
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表22.1 精神保健福祉社の課題や業務の方向性の検討

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	19	11	9	39
	6.1%	20.8%	40.9%	10.2%
年数回程度	180	34	9	223
	58.3%	64.2%	40.9%	58.1%
なかった	95	5	2	102
	30.7%	9.4%	9.1%	26.6%
わからない	15	3	2	20
	4.9%	5.7%	9.1%	5.2%
合計	309	53	22	384
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表22.2 市町村障害福祉計画の策定

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	2	1	1	4
	.6%	1.9%	4.5%	1.0%
年数回程度	124	33	13	170
	40.1%	62.3%	59.1%	44.3%
なかった	164	13	6	183
	53.1%	24.5%	27.3%	47.7%
わからない	19	6	2	27
	6.1%	11.3%	9.1%	7.0%
合計	309	53	22	384
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表22.3 自立支援協議会

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	38	5	7	50
	12.3%	9.4%	31.8%	13.0%
年数回程度	137	35	8	180
	44.3%	66.0%	36.4%	46.9%
なかった	109	12	5	126
	35.3%	22.6%	22.7%	32.8%
わからない	25	1	2	28
	8.1%	1.9%	9.1%	7.3%
合計	309	53	22	384
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表22.4 精神保健福祉相談・訪問指導

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	67	24	12	103
	21.7%	45.3%	54.5%	26.8%
年数回程度	190	24	7	221
	61.5%	45.3%	31.8%	57.6%
なかった	38	3	1	42
	12.3%	5.7%	4.5%	10.9%
わからない	14	2	2	18
	4.5%	3.8%	9.1%	4.7%
合計	309	53	22	384
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表22.5 組織育成

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	17	6	4	27
	5.5%	11.3%	18.2%	7.0%
年数回程度	94	21	10	125
	30.4%	39.6%	45.5%	32.6%
なかった	166	23	5	194
	53.7%	43.4%	22.7%	50.5%
わからない	32	3	3	38
	10.4%	5.7%	13.6%	9.9%
合計	309	53	22	384
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表22.6 職員の研修

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	4	1	2	7
	1.3%	1.9%	9.1%	1.8%
年数回程度	208	38	13	259
	67.3%	71.7%	59.1%	67.4%
なかった	86	12	5	103
	27.8%	22.6%	22.7%	26.8%
わからない	11	2	2	15
	3.6%	3.8%	9.1%	3.9%
合計	309	53	22	384
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表22.7 普及啓発

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	3	1	4	8
	1.0%	1.9%	18.2%	2.1%
年数回程度	189	40	13	242
	61.2%	75.5%	59.1%	63.0%
なかった	95	9	2	106
	30.7%	17.0%	9.1%	27.6%
わからない	22	3	3	28
	7.1%	5.7%	13.6%	7.3%
合計	309	53	22	384
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表22.8 事例検討会

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	16	8	8	32
	5.2%	15.1%	36.4%	8.3%
年数回程度	174	32	7	213
	56.3%	60.4%	31.8%	55.5%
なかった	105	9	5	119
	34.0%	17.0%	22.7%	31.0%
わからない	14	4	2	20
	4.5%	7.5%	9.1%	5.2%
合計	309	53	22	384
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表22.9 教養委員会への支援

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	1	0	2	3
	0.3%	0%	9.1%	0.8%
年数回程度	39	10	3	52
	12.6%	18.9%	13.6%	13.5%
なかった	151	18	11	180
	48.9%	34.0%	50.0%	46.9%
わからない	118	25	6	149
	38.2%	47.2%	27.3%	38.8%
合計	309	53	22	384
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表22.10 その他

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	2	1	1	4
	0.6%	1.9%	4.5%	1.0%
年数回程度	10	2	0	12
	3.2%	3.8%	0%	3.1%
なかった	47	8	3	58
	15.2%	15.1%	13.6%	15.1%
わからない	250	42	18	310
	80.9%	79.2%	81.8%	80.7%
合計	309	53	22	384
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表 23 地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務及び体制についての意見
(一部を要約して掲載)

【10万人未満】

- 管内に精神科医療機関がなく、医療が必要なケースについては保健所の支援が必要である
- 県、保健所による支援体制の強化
- 保健所保健師の立ち位置、地域における看護力に疑問を感じる時がある
- 保健所は地域にもっと足を運んでほしい。制度だけをきれいに仕上げて丸投げされてしまう
- 警察職員の精神保健についての理解を高める取組が必要
- 発達障害、高次脳機能障害等、相談内容の多様化に対応した研修が必要
- 退院促進が進むと、「生活支援員」というような生活全般をサポートできる体制づくりが必要になる
- 保健所からの専門的な知識と情報を期待する
- 一市町村単独での展開には限界があり、広域的な展開が望まれる
- 精神保健福祉の課題は低年齢化しており、発達相談、学校教育と連携しつつ、相談支援体制を整える必要がある

【10万人以上 30万人未満】

- 精神保健福祉業務として、調査、報告、研修がある場合、担当課が複雑なので調整に時間を要する
- 精神保健業務と福祉業務が分かれているため、障害特性と地域のニーズに合わせた事業のすり合わせ等において、密な情報交換と連携が必要である
- 保健所の精神保健福祉体制の強化が必要
- 市町村合併によって地域が広くなり、社会資源の把握等が十分でない現状である
- 処遇困難事例の対応について、県・市の協力体制と研修会が必要である

【30万人以上】

- 相談などについて、行政、支援機関と連携を取りやすくなるための地域ネットワークの構築
 - 職員のスキルアップをはかるための職員研修、事例検討、スーパービジョンなどのシステムづくり
 - 相談支援体制、地域活動のネットワークづくりに携わる職員の意識と力量形成
 - 実践とおとした施策提案力の形成
- (自殺対策、ひきこもり等の個別事業の充実については記載を省略した)

表26.1 精神保健福祉相談

Table with 10 columns: 精神科医療機関, 障害者自立支援, 精神障害者家族会, ひきこもり, 依存症関連, 認知症, 自殺対策, 人日協本会支分部, 被害者支援, その他, 合計. Rows include implementation status and numerical data.

表26.2 訪問指導

Table with 10 columns: 精神科医療機関, 障害者自立支援, 精神障害者家族会, ひきこもり, 依存症関連, 認知症, 自殺対策, 人日協本会支分部, 被害者支援, その他, 合計. Rows include implementation status and numerical data.

表27.1 精神科医療機関との連携

Table with 10 columns: 精神科医療機関, 障害者自立支援, 精神障害者家族会, ひきこもり, 依存症関連, 認知症, 自殺対策, 人日協本会支分部, 被害者支援, その他, 合計. Rows include implementation status and numerical data.

表27.2 自立支援法に基づく施設・サービスの連携

Table with 10 columns: 精神科医療機関, 障害者自立支援, 精神障害者家族会, ひきこもり, 依存症関連, 認知症, 自殺対策, 人日協本会支分部, 被害者支援, その他, 合計. Rows include implementation status and numerical data.

表27.3 自立支援協議会の整備促進および運営支援

Table with 10 columns: 精神科医療機関, 障害者自立支援, 精神障害者家族会, ひきこもり, 依存症関連, 認知症, 自殺対策, 人日協本会支分部, 被害者支援, その他, 合計. Rows include implementation status and numerical data.

表27.4 精神障害者保健福祉手帳の申請方法の周知のための取組

Table with 10 columns: 精神科医療機関, 障害者自立支援, 精神障害者家族会, ひきこもり, 依存症関連, 認知症, 自殺対策, 日本てんかん協会支分部, 被害者支援, その他, 合計. Rows include implementation status and numerical data.

表27.5 精神障害者保健福祉手帳に基づく福祉サービス拡充のための取組

	精神科 医療 機関	精神 障害 者 自 立 支 援 機 関	障 害 者 自 立 支 援 機 関	精 神 疾 患 者 の 家 族 会 者	ひ き こ も り	依 存 症 開 連	認 知 症	自 殺 対 策	人 日 協 会 支 援 部 か	被 害 者 支 援	そ の 他	合 計
日常的に実施されている	18 18.0%	19 22.6%	9 8.3%	3 8.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 30.0%	1 3.8%	2 8.0%	3 13.0%	64 13.0%
機会的に実施されている	31 32.0%	28 33.3%	14 24.7%	7 24.7%	2 12.5%	5 16.7%	3 11.5%	5 16.7%	3 11.5%	0 0.0%	10 28.6%	121 25.1%
ほとんど実施されていない	17 17.0%	21 25.0%	10 11.1%	4 5.2%	5 6.7%	0 0.0%	2 7.7%	2 6.7%	3 11.5%	1 4.0%	9 25.7%	72 14.6%
実施されていない	6 6.3%	5 6.0%	3 9.3%	3 9.3%	0 0.0%	0 0.0%	3 11.5%	3 11.5%	3 11.5%	5 20.0%	0 0.0%	38 7.7%
わからぬ	23 24.2%	11 13.1%	11 13.1%	19 22.0%	59 68.8%	14 16.3%	13 15.1%	17 19.8%	16 18.8%	17 19.8%	13 15.1%	196 39.7%
合計	95 100.0%	84 100.0%	50 100.0%	36 100.0%	97 100.0%	16 100.0%	30 100.0%	26 100.0%	26 100.0%	25 100.0%	35 100.0%	494 100.0%

表28.1 保健所との連絡調整の頻度

	精神科 医療 機関	障 害 者 自 立 支 援 機 関	精 神 疾 患 者 の 家 族 会 者	ひ き こ も り	依 存 症 開 連	認 知 症	自 殺 対 策	人 日 協 会 支 援 部 か	被 害 者 支 援	そ の 他	合 計
月1回以上	65 68.1%	58 69.0%	18 36.0%	8 22.2%	32 32.0%	3 18.8%	3 26.7%	0 0.0%	0 0.0%	8 22.2%	8 40.3%
年数回程度	29 30.5%	24 28.6%	18 36.0%	22 61.1%	45 46.4%	6 37.5%	15 50.0%	6 23.1%	9 36.0%	9 57.1%	20 39.3%
なかった	1 1.1%	2 2.4%	2 4.0%	6 16.7%	21 21.6%	7 43.8%	7 23.3%	7 26.9%	16 64.0%	16 20.0%	7 20.1%
合計	95 100.0%	84 100.0%	50 100.0%	36 100.0%	97 100.0%	16 100.0%	30 100.0%	26 100.0%	25 100.0%	35 100.0%	494 100.0%

表28.2 市区町村との連絡調整の頻度

	精神科 医療 機関	障 害 者 自 立 支 援 機 関	精 神 疾 患 者 の 家 族 会 者	ひ き こ も り	依 存 症 開 連	認 知 症	自 殺 対 策	人 日 協 会 支 援 部 か	被 害 者 支 援	そ の 他	合 計
月1回以上	72 75.8%	69 82.1%	18 36.0%	8 22.2%	25 25.8%	5 31.3%	9 30.0%	0 0.0%	0 0.0%	13 37.1%	219 44.3%
年数回程度	19 20.0%	12 14.3%	20 40.0%	17 47.2%	38 39.2%	11 68.8%	14 46.7%	7 26.9%	15 60.0%	18 51.4%	171 34.6%
なかった	4 4.2%	3 3.6%	2 4.0%	11 30.6%	34 35.1%	0 0.0%	7 23.3%	19 73.1%	10 40.0%	4 11.4%	104 21.1%
合計	95 100.0%	84 100.0%	50 100.0%	36 100.0%	97 100.0%	16 100.0%	30 100.0%	26 100.0%	25 100.0%	35 100.0%	494 100.0%

表 29 地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務及び体制についての意見

(一部を要約して掲載)

【精神科医療機関】

- 治療につながった援助が終結するというのではなく、地域で当事者の生活・暮らしが無事に営めるよう、かわわりを継続してほしい
- 精神保健担当の配置数が少なく、配置数の増加、精神保健福祉士、男性保健師、看護師の配置など、スタッフのバリエーションを広げることが望まれる
- 市町村における相談支援体制、自立支援協議会の整備運営に地域格差が生じている
- 次世代を対象とする「こころの健康教育」を展開できるような体制を整えてほしい
- 地域の困難ケース(触法も含む)への積極的な介入とスーパーバイズできる体制を充実してほしい

【障害者自立支援】

- 地域精神保健における救急、相談業務などに365日24時間対応できるシステムづくりを保健所が中心になって進めてほしい
- 利用者の選択肢は広がったと思うが、各支援機関に、それぞれの立場、それぞれのルールのもとに支援を考える傾向が見られるため、縦割りの支援になってしまい、結果、本人の生活をぶつ切りで支援することになり、支援と支援のすき間を埋めることができず、本人が困ってしまう例が多く見られる。連携の取りやすさ、環境を積極的に作る必要がある
- 福祉サービスの有無を問わず、訪問やケア会議など連携していくことが利用者の生活をサポートしていく上で、行政側の支援と施設側の支援が連携していくことの重要性を感じている。ケア会議を開き、両者の意見・知恵を共有できる機会を多く設けられるように配慮してほしい
- 困難ケース、医療的な支援が必要なケース、緊急対応等での連携を望む

【精神障害者家族会】

- 保健所と家族のつながりは年々薄れている。家族の支援に取り組む、当事者の訪問をもっと積極的にする等、活動を広めてほしい
- 以前は、保健所において、家族教室、当事者のグループ活動が定期的に関行されていたが、市町村に役割が移り、格差が生じている
- 地域に根ざした定期的な働きかけ、家族会との連携を視野に入れてほしい
- 危機介入以外の日常の相談・訪問等に対応できるように、業務・配置・職員の養成を充実してほしい。当事者だけでなく、孤立し苦しむ家族への支援に、また、親亡き後の支援に取り組んでほしい

【ひきこもり】

- ひきこもりを理解し、地域で対応できる人を増やすための、講習会や啓発の機会をつくってほしい
- 中学卒業(16歳)から支援が届きにくくなる。ひきこもりは16歳以上という認識が必要である

- ・ ひきこもっている、精神保健福祉相談の場に出てこられない方に対して、訪問指導を充実してほしい

【自殺対策】

- ・ 自殺した本人は、さまざまな困難をかかえた後に死を選んでいます。事前に相談、医療機関につなげる取組や、地域で支えたりくみみの強化を望む
- ・ 若慮をかかえた人にとっては、行政が最後の唯一の頼りの場合が多くあるので、優しく、温かないで接していただきたい。自殺に対する基本姿勢について、「防ぐ・治す」から「苦悩を和らげる」という関わり方にして、せひとも転換していただきたい
- ・ 未遂者支援と遺族支援を充実させる必要がある
- ・ いのちの電話は 24 時間 365 日受信しているが、近年、精神疾患をかかえた方からの相談が増えている。公的機関の相談窓口(電話も含めて)は、昼間で終わるものが多いが、夜間休日の対応可能な窓口をもう少し増やしてほしい
- ・ 精神保健福祉相談や訪問指導の一層の強化充実が必要
- ・ 保健所の狙う役割について、地域住民、産業保健に携わる方々に周知してほしい

【日本てんかん協会支部】

- ・ 東日本震災では、たくさんの方が薬の入手方法や、病院の情報がわからず困っており、地域での支援体制が出来ていないことを痛感した。行政や保健所の担当者に、精神障害としての「てんかん」がまだあまり認知されておらず、患者側が調べて辿り着かなければ、受けられるサービスを知らないままになることが多い。保健所及び市町村との連携は緊密とは言いがたいので改善を期待したい
- ・ 当事者団体(家族会)の活動を一般に周知されるよう支援してほしい
- ・ 偏見の打開と本腰を入れたとり組みで若いお母さんから学令期の子供、成人、高齢者、家族への支援と医療福祉の連携に大きな役割を担って頂きたい
- ・ 一般の方より相談電話が大変多く、その中には回答に困ることもある。相談を受ける団体からの相談を聞いてほしい
- ・ 「てんかん」としての取り組みが見えないため、団体(当事者家族会)としては、行政でどんなことが行われているかわからない。もう少し具体的な取り組みを期待したい

【依存症関連】

- ・ 保健所は広報に相談を紹介するだけで、どの様な取り組みをしているのか具体的にわからない。アルコール問題と同じように薬物問題について取り組んでほしい
- ・ 保健センターと生活保護課の連携があるとよい
- ・ 依存症相談窓口の拡充、当事者の声を反映させるための連携強化、保健福祉の関係機関と回復当事者でペアになった相談等、新しい発想を入れてほしい
- ・ 世の中にギャンブル依存の問題があることをもっと多くの方々に知ってほしい
- ・ 自助グループを社会資源として活用してほしい
- ・ アルコール依存の問題は本人だけではなく、その周囲の家族の苦しみは大変大きく、援助を

- 必要としている。保健所等に助けを求めた家族には自助グループを紹介してほしい
- ・ アルコール問題対応のための市町村、保健所等とのネットワークづくりがまだ機能していない
- ・ 医療・行政・自助グループの定期的な会議をもち、アルコール、キャンペーン、アドイクションに関わる問題を話し合い(特に自殺問題、飲酒運転)
- ・ アドイクションについての知識を身につけ、地域のアドイクション情報を専門医療機関や自助グループにつないでほしい

【被害者支援】

- ・ 家から出ることのできない被害者、被害者遺族の声は相談窓口が届かないことが多く、タイミングを見ての訪問活動が意味を持つと思います。市町村レベルでの支援体制が出来ていく中で訪問支援を積極的に行ってほしいと考える
- ・ 犯罪被害者、自発遺族を含め、大切な人を亡くしたグリーフサポートの必要を感じます。広い意味でのグリーフサポート体制が充実していくことは、地域の精神保健福祉の底上げにつながる
- ・ 犯罪被害者の多様なニーズに応えるためには、多くの期間や専門家との協力、連携が重要な課題となっている。地域の保健所等との連携が出来る体制づくりが必要と思う
- ・ 犯罪被害にあうと、多くの人が心に傷を受けPTSDやうつ病等になり、また、風評被害や周りの心ないことばに傷ついて孤立して、日常生活に大きな支障をうけることが多い。このような被害者の精神的、日常生活の回復をサポートするために地域の保健所や関係機関が個人や家族への支援(訪問活動など)活動を望む
- ・ DV 被害者対応をガイドライン(業務要綱)に入れてほしい

【認知症】

- ・ 介護保険制度導入前は保健所が本人、家族を最前線で地域訪問を含め精力的に支援していましたが、導入後は認知症状態の対応や支援についての適切な専門的アドバイス機能が後退している。支援情報を持ち合わせないでSOSを発している当事者・家族への速やかな対応方法、要検討と他機関とのネットワーク充実が必要だと思う
- ・ 若年期認知症についての対応がどこでも取り扱う部署がないので大変困っている

【その他】

- ・ 行政の精神保健福祉士がもっと施策づくりに関わり、俯瞰的な立場で、ネットワークを広げるための地域の推進役となることを期待する
- ・ ホームレス訪問時に同行をお願いしたい
- ・ 本人が申請を拒否したり、治療を拒否したりする場合にどう救うのか
- ・ 当事者団体をただの集まりとしかみでない。もっと当事者の声を聞いてほしい
- ・ 高次脳機能障害について果とのつながりはある、市町村とはほとんどない。保健所の職員も異動となるたびに何度も同じような説明をしなくてはならない。自立支援のため、利用する支援や方法などを詳しく伝えてほしい

平成 24 年 1 月 13 日

各位

社団法人日本精神保健福祉連盟
会長 保崎 秀夫

保健所における精神保健福祉業務に関する調査について
(協力依頼)

前略

公益社団法人日本精神保健福祉連盟におきましては、厚生労働省平成 23 年度障害者総合福祉推進事業のもとに、「地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成」に関する調査研究を行っております。

本調査は、地域精神保健福祉活動における保健所・市区町村等の機能強化に向けた調査を行うとともに、保健所等の地域精神保健福祉活動の現場の業務に資する手引き書を作成すること、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂に向けて、改訂すべき箇所と内容を明らかにすることを目的とするものです。

本調査においては、吉川武彦（清泉女学院大学学長/日本精神保健福祉連盟常務理事/全国精神保健福祉連絡協議会会長）を座長とする検討委員会を組織し、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の内容に準拠した質問紙調査等を行い、保健所・市区町村等の機能強化のための基礎資料とすることとしております。

本研究の趣旨をご理解いただき、質問紙調査にご協力いただきますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

なお、本調査は、全国保健所長会、全国精神保健福祉センター長会の協力を得て実施しております。また、本調査において質問紙調査の対象としているのは、全国の保健所です。

同封の調査票にご記入いただき、封入の上、平成 24 年 1 月 27 日（金曜）必着で下記までお送りください。ご多忙のところ恐れ入りますが、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

なお、調査結果は報告書にまとめて報告させていただきます。

問い合わせ・連絡先
〒187-8558 東京都小平市小川東町 4-1-1
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内
全国精神保健福祉連絡協議会副会長 竹島 正
Tel.042-341-2712 (内線) 6209 fax042-346-1950
E-mail : info@renraku-k.jp

H-

A. 貴保健所または保健福祉事務所の概要についてお聞きます。

1. 所属する都道府県・指定都市名をお書きください。 ()
2. 所名をお書きください。 ()
3. 貴所では、精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課はどのようになっていますか。
1. 同じである () 2. 同じではない(具体的に ()人)
4. 常勤職員数をお書きください。 ()人

5. 精神保健福祉業務を担当している職員数をお書きください。また主たる業務が精神保健福祉(担当業務の概ね3/4以上)である職員数を内数でお書きください。

職種	医師 (精神保健福祉担当)	保健師・看護師	精神保健福祉士	臨床心理技術者	事務職員	上記以外
常勤	()	()	()	()	()	()
非常勤	()	()	()	()	()	()

6. 精神科嘱託医(保健所の非常勤職員となっている精神科医)の人数をお書きください。 ()人

B. 精神保健福祉業務についてお聞きます。特に注意が無い場合は、平成23年度中の業務及び状況(平成23年度中の実施見込み含む)についてお答えください。

1. 精神保健福祉の状況に係る現状把握及び情報提供についてお聞きます。貴保健所では、作成者に関わらず、下記の資料を保有していますか。それぞれ該当するもの一つ選んで○をつけてください。

	1. 保有している	2. 保有していない
1)管内住民の精神健康に関する調査結果	1. 保有している	2. 保有していない
2)管内の精神科病院のリスト	1. 保有している	2. 保有していない
3)管内の精神神経診療所のリスト	1. 保有している	2. 保有していない
4)管内の自立支援医療(精神通院医療)の利用者の実数	1. 保有している	2. 保有していない
5)精神障害者保健福祉手帳の所持者数	1. 保有している	2. 保有していない
6)管内の自立支援法の障害福祉サービスの施設リスト	1. 保有している	2. 保有していない
7)管内の自立支援法の障害福祉サービスについての精神障害者の利用実数	1. 保有している	2. 保有していない
8)その他、保有している重要な資料があればお書きください。 []		

2. 普及啓蒙の取組についてお聞きます。それぞれ該当するものを選んで○をつけてください(複数回答可)。

1)地域住民の心の健康づくりに関する知識、または精神障害に対する正しい知識の普及啓蒙の取組みについて	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健所として主催しているものがある(具体的に)お書きください。 2. 他の機関等が実施するものに協力しているものがある(保健所職員が企画実施に参画していることを要件とします)。 3. いずれもなし
2)家族や障害者本人に対する教室について	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保健所として主催しているものがある(具体的に)お書きください。 2. 他の機関等が実施するものに協力しているものがある(保健所職員が企画実施に参画していることを要件とします)。 3. いずれもなし

2) 精神保健福祉相談の実施状況についてお聞きします。それぞれ該当するもの一つ選んで○をつけてください。

定期的に実施 (週・月の選択と回数を記入ください)	随時実施	実施していない
1) 保健所職員による面談相談 1 週・月 () 回	2	3
2) 精神科嘱託医による面接相談 1 週・月 () 回	2	3
3) 各相談の定期的な専門相談日の有無についてお聞きします。それぞれ該当するもの一つ選んで○をつけてください。		
(1) アルコール問題についての専門相談日	1. あり	2. なし
(2) 思春期精神保健についての専門相談日	1. あり	2. なし
(3) ひきこもりについての専門相談日	1. あり	2. なし
(4) 認知症についての専門相談日	1. あり	2. なし
(5) 薬物乱用・依存についての専門相談日	1. あり	2. なし
(6) 社会復帰についての専門相談日	1. あり	2. なし
(7) その他の専門相談日(ありの場合は具体的に)	1. あり()	2. なし

6. 訪問指導の実施状況についてお聞きします。

1) 平成22年度地域保健・健康増進事業報告の精神保健福祉の訪問指導延件数を転記してください。
() 件

2) 訪問指導の実施状況についてお聞きします。それぞれ該当するもの一つ選んで○をつけてください。

担当職員1人当たり 週1日もしくはそれ以上 の訪問指導を行っている	左記よりも少ない 頻度で実施	ほとんど 実施していない		
1) 保健所職員による訪問指導	1	2	3	4
2) 精神科嘱託医による訪問指導	1	2	3	4
3) その他の非常勤職員による訪問指導	1	2	3	4

7. 社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況についてお聞きします。それぞれ該当するもの一つ選んで○をつけてください。2)から4)で「あり」の場合は、具体的に記入ください。

1. 週1回以上実施 * 週1回以上実施している場合、具体的に記入ください。	2. 左記よりも少ない頻度で実施	3. 実施していない
1) 精神保健のグループワーク	()	()
2) 自立支援法関連施設・サービスへの指導監督	1. あり ()	2. なし ()
3) 精神障害者保健福祉手帳の申請方法の周知のための取組	1. あり ()	2. なし ()
4) 精神障害者保健福祉手帳に基づく福祉サービス拡充のための取組	1. あり ()	2. なし ()

3. 研修事業についてお聞きします。それぞれ該当するもの一つ選んで○をつけてください(複数回答可)。

1) 市区町村職員を対象とした研修について	()
2) 市区町村以外の関係機関・施設・団体を対象とした研修について	()
3. いずれもなし	()

4. 組織育成のための助言指導についてお聞きします。それぞれ該当するもの一つ選んで○をつけてください。

平均して週1回以上の機会がある	平均して月1回以上の機会がある	年数回程度	ない	
1) 当該地域における精神障害者の当事者団体の育成支援	1	2	3	4
2) 当該地域における精神障害者家族会の育成支援	1	2	3	4
3) 当該地域におけるアルコール・薬物依存症関連の自助グループ(断酒会・DARC等)の育成支援	1	2	3	4
4) 当該地域における精神障害者の就労支援のための職親会の育成支援	1	2	3	4
5) 当該地域における精神保健ボランティア団体の育成支援	1	2	3	4
6) 1)から5)に挙げた以外に、平均して週1回以上、または月1回以上の育成支援を行っている組織団体はありますか。ありの場合は具体的に記入ください。	1. あり ()	()	()	2. なし ()

5. 精神保健福祉相談の実施状況についてお聞きします。

1) 平成22年度地域保健・健康増進事業報告の精神保健福祉の相談延件数を転記してください。
() 件

9. 市区町村への協力および連携についてお聞きします。

下記の表に管内市区町村の名称を記載し、精神保健福祉に関する市区町村との連絡調整の頻度と領域について直近1年間の実績をもとに、それぞれの分類に基づいて、あてはまるものに○をつけてお答えください。

市区町村名	連絡調整の頻度(一つ選択)		主たる領域・対象
	月1回以上	年数回程度 なかつた	
	1	2	ア ウ イ カ エ ク コ サ
	1	2	ア ウ イ カ エ ク コ サ
	1	2	ア ウ イ カ エ ク コ サ
	1	2	ア ウ イ カ エ ク コ サ
	1	2	ア ウ イ カ エ ク コ サ
	1	2	ア ウ イ カ エ ク コ サ
	1	2	ア ウ イ カ エ ク コ サ
	1	2	ア ウ イ カ エ ク コ サ
	1	2	ア ウ イ カ エ ク コ サ
	1	2	ア ウ イ カ エ ク コ サ
	1	2	ア ウ イ カ エ ク コ サ
	1	2	ア ウ イ カ エ ク コ サ
	1	2	ア ウ イ カ エ ク コ サ

主たる内容(3つまで)

- ア. 精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討
- イ. 市町村障害福祉計画の策定
- ウ. 自立支援協議会
- エ. 精神保健福祉相談・訪問指導(緊急対応を含む)
- オ. 組織育成(患者会・家族会・断酒会・ボランティア等)
- カ. 職員の研修
- キ. 普及啓発
- ク. 事例検討会
- ケ. 教育委員会への支援
- コ. 福祉事務所・福祉課への支援
- サ. その他(具体的に)

主たる領域・対象(3つまで)

- a. 社会復帰・地域移行
- b. 自殺
- c. 災害・被害者支援
- d. 心神喪失者医療観察法
- e. 認知症
- f. アルコール関連問題
- g. 薬物依存
- h. 発達障害
- i. 対応困難事例
- j. その他(具体的に)

8. 入院および通院医療関係事務についてお聞きします。

1) 貴保健所における措置入院関連の業務実績(平成23年4月1日～9月30日までの6ヶ月間)をお答えください(保健所職員が直接対応した実績がない場合は0とお書きください)。

申請・通報等の件数	うち措置診察への立会件数(第27条)	うち措置入院(第29条)の件数	うち緊急措置診察への立会件数
第23条(一般申請)	件	件	件
第24条(警察官通報)	件	件	件
第25条(検察官通報)	件	件	件
第25条の2(保護観察所の長の通報)	件	件	件
第26条(矯正施設長の通報)	件	件	件
第26条の2(精神科病院管理者の通報)	件	件	件
第26条の3(医療観察法の地域処遇にかかる通報)	件	件	件
第27条2項(第23条～第26条以外による診察)	件	件	件

2) 貴保健所における医療保護入院の入院届、退院届の受理件数(平成23年4月1日～9月30日までの6ヶ月間)をお答えください。(保健所職員が直接対応した実績がない場合は0とお書きください)。

医療保護入院の入院届	件	医療保護入院の退院届	件
------------	---	------------	---

3) 貴保健所における医療保護入院、措置入院の定期病状報告、成急入院届の受理件数(平成23年4月1日～9月30日までの6ヶ月間)をお答えください。(保健所職員が直接対応した実績がない場合は0とお書きください)。

医療保護入院の定期病状報告	件	措置入院の定期病状報告	件
成急入院届の受理	件		

4) 貴保健所における精神保健福祉法第34条(医療保護入院等のための移送)の実績(平成23年4月1日～9月30日までの6ヶ月間)をお答えください(保健所職員が直接対応した実績がない場合は0とお書きください)。

事前調査の件数	移送への立会件数
措置入院のための移送	件
医療保護入院および成急入院のための移送	件

5) 貴保健所における、医療観察法の地域処遇にかかるケア会議等への職員参加の実績(4月1日～9月30日までの6ヶ月間)をお答えください(保健所職員が直接対応した実績がない場合は0とお書きください)。

- () 件
- 6) 貴保健所における自立支援医療(精神通院医療)の受理件数(4月1日～9月30日までの6ヶ月間)をお答えください(把握していない場合は「不明」とお書きください)。
- () 件

7) 貴保健所では、都道府県知事、指定都市市長の行う精神科病院実地指導・実地審査を実施または参画していますか。

実地している	参画している	関与していない	
精神保健福祉法に基づく実地指導	1	2	3
精神保健福祉法に基づく実施審査	1	2	3

C. 地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方についてご意見がありましたら自由にお書きください。

[]

D. 精神保健福祉センターの業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方についてご意見がありましたら、自由にお書きください。

[]

差し支えなければ、回答していただいた方の連絡先をお書きください。

回答者

所属部署

ご連絡先

質問は以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。

平成 24 年 1 月 13 日

各位

社団法人日本精神保健福祉連盟
会長 保崎 秀夫

市区町村における精神保健福祉業務に関する調査について
(協力依頼)

前略

公益社団法人日本精神保健福祉連盟におきましては、厚生労働省平成 23 年度障害者総合福祉推進事業のもとに、「地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成」に関する調査研究を行うことになりました。

本調査は、地域精神保健福祉活動における保健所・市区町村等の機能強化に向けた調査を行うとともに、保健所等の地域精神保健福祉活動の現場の業務に資する手引き書を作成すること、「保健所及び市区町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂に向けて、改訂すべき箇所と内容を明らかにすることを目的とするものです。

本調査においては、吉川武彦（清泉女学院大学学長/日本精神保健福祉連盟常務理事/全国精神保健福祉連絡協議会会長）を座長とする検討委員会を組織し、「保健所及び市区町村における精神保健福祉業務運営要領」の内容に準拠した質問紙調査等を行い、保健所・市区町村等の機能強化のための基礎資料とすることとしております。

本研究の趣旨をご理解いただき、質問紙調査にご協力いただきますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

なお、本調査は、全国保健所長会、全国精神保健福祉センター長会の協力を得て実施しております。また、本研究において質問紙調査の対象としているのは、全国の市区町村の 2 分の 1 です。

同封の調査票にご記入いただき、封入の上、平成 24 年 1 月 27 日（金曜）必着で下記までお送りください。ご多忙のところ恐れ入りますが、ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

なお、調査結果は報告書にまとめて報告させていただきます。

問い合わせ・連絡先
〒187-8558 東京都小平市小川東町 4-1-1
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内
全国精神保健福祉連絡協議会副会長 竹島 正
Tel.042-341-2712 (内線) 6209 fax042-346-1950
E-mail : info@renraku-k.jp

S-

- A. 貴市区町村の概要についてお聞きます。
1. 所属する都道府県・指定都市名をお書きください。 ()
 2. 市区町村名をお書きください。 ()
 3. 貴市区町村では精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課はどのようになっていますか。

1. 同じである	2. 同じではない(具体的に)
精神保健福祉業務を担当している職員数をお書きください。また主たる業務が精神保健福祉(担当業務の概ね3/4以上)である職員数をお書きください。	()

職種	医師 (精神保健福祉担当)	保健師・看護師	精神保健福祉士	臨床心理技術者	事務職員	上記以外
常勤	()	()	()	()	()	()
非常勤	()	()	()	()	()	()

5. 精神科嘱託医数をお書きください。 ()人

B. 精神保健福祉業務についてお聞きます。特に注意が無い場合は、平成23年度中の業務及び状況(平成23年度中の実施見込み含む)についてお答えください。

1. 精神保健福祉の状況に係る現状把握及び情報提供についてお聞きます。貴市区町村では、作成者に関わらず、下記の資料を保有していますか。それぞれ該当するもの一つ選んで○をつけてください。

1)管内住民の精神健康に関する調査結果	1. 保有している	2. 保有していない
2)管内の精神科病院のリスト	1. 保有している	2. 保有していない
3)管内の精神神経科診療所のリスト	1. 保有している	2. 保有していない
4)管内の自立支援医療(精神通院医療)の利用者の実数	1. 保有している	2. 保有していない
5)精神障害者保健福祉手帳の所持者数	1. 保有している	2. 保有していない
6)管内の自立支援法の障害福祉サービスの施設リスト	1. 保有している	2. 保有していない
7)管内の自立支援法の障害福祉サービスについての精神障害者の利用実数	1. 保有している	2. 保有していない
8)その他、保有している重要な資料があればお書きください。	()	()

2. 普及啓発の取組についてお聞きます。それぞれ該当するものを選んで○をつけてください(複数回答可)。市区町村として主催しているものがある(具体的に)お書きください。

1)地域住民の心の健康づくりに関する知識、または精神障害に対する正しい知識の普及啓発の取組について	<ol style="list-style-type: none"> 1. 市区町村として主催しているものがある(具体的に)お書きください。 2. 他の機関等が実施するものに協力しているものがある(市区町村職員が企画実施に参画していることを要件とします)。 3. いずれもなし
2)家族や障害者本人に対する教室について	<ol style="list-style-type: none"> 1. 市区町村として主催しているものがある(具体的に)お書きください。 2. 他の機関等が実施するものに協力しているものがある(市区町村職員が企画実施に参画していることを要件とします)。 3. いずれもなし

3. 組織育成のための助言指導についてお聞きします。それぞれ該当するもの一つ選んで○をつけてください。

	平均して週1回以上の機会がある	平均して月1回以上の機会がある	年数回程度	ない
1) 当該地域における精神障害者の当事者団体の育成支援	1	2	3	4
2) 当該地域における精神障害者家族会の育成支援	1	2	3	4
3) 当該地域におけるアルコール・薬物依存症関連の自助グループ(断酒会・DARC等)の育成支援	1	2	3	4
4) 当該地域における精神障害者就労支援のための職親会の育成支援	1	2	3	4
5) 当該地域における精神保健ボランティア団体の育成支援	1	2	3	4
6) (1)から5)に挙げた以外に、平均して週1回以上、または月1回以上の育成支援を行っている組織団体はありますか。ありの場合は具体的に記入ください。	1. あり			2. なし

4. 精神保健福祉相談の実施状況についてお聞きします。

1) 平成22年度地域保健・健康増進事業報告の精神保健福祉の相談延件数を転記してください。

() 件

2) 精神保健福祉相談の実施状況の頻度についてお聞きします。それぞれ該当するもの一つ選んで○をつけてください。

	定期的実施 (週・月の選択と回数をご記入ください)	随時実施	実施していない
1) 市区町村職員による面接相談	1 週・月 () 回	2	3
2) 精神科嘱託医による面接相談	1 週・月 () 回	2	3
3) 各相談の定期的な専門相談日の有無についてお聞きします。それぞれ該当するもの一つ選んで○をつけてください。			
(1) アルコール問題についての専門相談日	1. あり	2. なし	
(2) 思春期精神保健についての専門相談日	1. あり	2. なし	
(3) ひきこもりについての専門相談日	1. あり	2. なし	
(4) 認知症についての専門相談日	1. あり	2. なし	
(5) 薬物乱用・依存についての専門相談日	1. あり	2. なし	
(6) 社会復帰についての専門相談日	1. あり	2. なし	
(7) その他の専門相談日(ありの場合は具体的に)	1. あり()	2. なし	

5. 訪問指導の実施状況についてお聞きします。

1) 平成22年度地域保健・健康増進事業報告の精神保健福祉の訪問指導延件数を転記してください。

() 件

2) 訪問指導の実施状況についてお聞きします。それぞれ該当するもの一つ選んで○をつけてください。

	担当職員1人当たり週1日もしくはそれ以上の訪問指導を行っている	左記よりも少ない頻度で実施	ほとんど実施していない
1) 市区町村職員による訪問指導	1	2	3
2) 精神科嘱託医による訪問指導	1	2	3
3) その他の非常勤職員による訪問指導	1	2	3

6. 社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況についてお聞きします。それぞれ該当するもの一つ選んで○をつけてください。2)から4)で「あり」の場合、具体的に記入ください。

	1. 週1回以上実施 *週1回以上実施している場合、具体的に記入ください。	2. 左記よりも少ない頻度で実施	3. 実施していない
1) グループワーク	[]		
2) 自立支援法関連の事業者への支援・助言等	1. あり		2. なし
3) 精神障害者保健福祉手帳の申請方法の周知のための取組	1. あり		2. なし
4) 精神障害者保健福祉手帳に基づく福祉サービス拡充のための取組	1. あり		2. なし

7. 入院および通院医療関係事務についてお聞きします。

1) 貴市区町村における自立支援医療(精神通院医療)の平成22年度末における受給者数をお答えください。

() 件

2) 市区町村長が保護者として関与した事例についてお聞きします。平成23年4月1日から12月31日の間で、下記の業務はありましたか。該当するもの一つを選んで○をつけてください。

保護義務の内容	事例の有無
(1) 精神科病院に入院させる場合の同意(精神保健福祉法第33条)	1. あり
(2) 入院時の診察への同席	1. あり
(3) 入院後の診察への同席	1. あり
(4) 入院後の面会	1. あり
(5) 財産上の権利を保護する(精神保健福祉法第22条)	1. あり
(6) 措置入院した者の退院または仮退院に当たっての引取義務(精神保健福祉法第41条)	1. あり
(7) 医療観察法対象者に対する保護者としての責務(役割)(医療観察法第2条)	1. あり

3) 平成23年12月末現在の、市区町村長が保護者となっている入院患者数をお書きください。

()

C. 障害福祉計画と障害者自立支援法への取組についてお聞かせします。

1. 貴市区町村の障害福祉計画についてお聞かせします。それぞれ該当するものを選んで○をつけてください。
 1) 貴市区町村では、平成23年12月末時点で、第2期障害福祉計画を策定していますか。
 1. 策定している 2. 策定していない

2) 第2期障害福祉計画の策定に関して、保健所はどのような役割を果たしてきましたか(複数回答可)。
 1. 委員として策定に関与 2. 資料や情報の提供 3. 助言指導
 4. その他(具体的に記入ください)

3) 第2期障害福祉計画の策定に関して、全体として保健所の役割はどの程度でしたか。
 1. とても大きい 2. やや大きい 3. どちらともいえない 4. 小さい 5. とても小さい

2. 障害者自立支援法への取組についてお聞かせします。

1) 次の事業のうち、貴市区町村管内に拠点のあるものと、市区町村が直接運営しているもの箇所数をお答えください。
 また、そのうち主たる利用者が精神障害者であるもの箇所数をお答えください。そうしたものが無い場合は、必ず「0」とお書きください(精神主体については把握している範囲で結構です)。

事業の種類	拠点あり(a)	うち直接運営(b)
(1) 指定障害者支援施設	()箇所 (精神主体)	()箇所 (精神主体)
(2) グループホームまたはケアホーム	()箇所 (精神主体)	()箇所 (精神主体)
(3) 宿泊型自立訓練事業所	()箇所 (精神主体)	()箇所 (精神主体)
(4) 生活介護事業所	()箇所 (精神主体)	()箇所 (精神主体)
(5) 自立訓練(生活訓練)事業所	()箇所 (精神主体)	()箇所 (精神主体)
(6) 就労移行支援事業所	()箇所 (精神主体)	()箇所 (精神主体)
(7) 就労継続支援A型事業所	()箇所 (精神主体)	()箇所 (精神主体)
(8) 就労継続支援B型事業所	()箇所 (精神主体)	()箇所 (精神主体)
(9) 地域活動支援センター	()箇所 (精神主体)	()箇所 (精神主体)
(10) (1)～(9)以外の障害者相談支援事業	()箇所 (精神主体)	()箇所 (精神主体)

2) 自立支援協議会についてお聞かせします。それぞれ該当するものを選んで○をつけてください。

(1) 貴市区町村では、平成23年12月末時点で、自立支援協議会は設置されていますか。
 1. 設置されている 2. 設置されていない

(2) 自立支援協議会設置の準備および設置後の運営についてお聞かせします。精神障害に関することについて、保健所はどのような役割を果たしましたか(複数回答可)。
 1. 運営委員(事務局的な役割)に関与 2. 協会委員で関与
 3. その他(具体的に記入ください)

(3) 精神障害者の地域生活移行(目標値の設定と業務の推進等に関する分野)における保健所の役割はどの程度ですか。
 1. とても大きい 2. やや大きい 3. どちらともいえない 4. 小さい 5. とても小さい

D. 貴市区町村を管轄する保健所との精神保健福祉業務にかかる連携についてお聞かせします。保健所との業務上の連絡調整の頻度はどの程度ですか。各領域について、平成23年4月1日から12月末日までの実績をもとにあってはまるごころに○をつけてください(なお特別区、政令市、中核市においては、保健所業務と市区町村業務との関係においてお答えください)。

領域	月1回以上	年数回程度	なかった	わからない
(1) 精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討	1	2	3	4
(2) 市区町村障害福祉計画の策定	1	2	3	4
(3) 自立支援協議会	1	2	3	4
(4) 精神保健福祉相談・訪問指導(緊急対応を含む)	1	2	3	4
(5) 組織育成(患者会・家族会・断酒会・ボランティア等)	1	2	3	4
(6) 職員の研修	1	2	3	4
(7) 普及啓発	1	2	3	4
(8) 事例検討会	1	2	3	4
(9) 教育委員会への支援	1	2	3	4
(10) その他(具体的に)	1	2	3	4

E. 地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方についてご意見がありましたら自由にお書きください。

差し支えなければ、回答していただいた方の連絡先をお書きください。

回答者

所属部署

ご連絡先

質問は以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。

3. 平成23年度において、地域の保健所または市区町村では、精神保健福祉相談や訪問指導をどの程度実施していると思いますか。あてはまるところに○をつけてください。

	日常的に実施 されている	機会的に実施 されている	ほとんど実施 されていない	実施されて いない	わからない
1) 精神保健福祉相談	1	2	3	4	5
2) 訪問指導	1	2	3	4	5

4. 平成23年度において、地域の保健所または市区町村における社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況はどの程度ですか。あてはまるところに○をつけてください。

	日常的に実施 されている	機会的に実施 されている	ほとんど実施 されていない	実施されて いない	わからない
1) 精神科医療機関との連携	1	2	3	4	5
2) 自立支援法に基づく施設・サービスの連携	1	2	3	4	5
3) 自立支援協議会の整備促進および運営支援	1	2	3	4	5
4) 精神障害者保健福祉手帳の申請方法の周知のための取組	1	2	3	4	5
5) 精神障害者保健福祉手帳に基づき福祉サービスの拡充のための取組	1	2	3	4	5

5. 貴施設・団体と所在地の保健所または市区町村との連携についてお聞きします。貴団体・組織との連絡調整の頻度はどの程度ですか。あてはまるところに○をつけてください。

	月1回以上	年数回程度	なかった
1) 保健所	1	2	3
2) 市区町村	1	2	3

C. 地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方についてご意見がありましたら自由にお書きください。

差し支えなければ、回答していただいた方の連絡先をお書きください。

回答者
ご連絡先

質問は以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。

保健所等に勤務する地域保健従事者のための
地域精神保健福祉活動の手引き

目次

I. はじめに：本手引きの目的	59
II. 精神保健福祉の動向：精神保健の重要性	60
1. 「入院医療中心から地域生活中心へ」	
2. 精神科リハビリテーションの新しい動き	
3. 「医療計画」（5 疾病 5 事業）	
III. 相談・訪問	61
1. 相談	
2. 訪問	
IV. 危機介入	66
1. 措置入院	
2. 近隣住民とトラブルが生じている場合	
V. 関連機関との連携・業務分担	72
1. 保健所非設置市町村	
2. 精神保健福祉センター	
3. 病院・診療所	
4. 相談支援事業所・地域活動支援センター	
5. 教育機関	
VI. 総括	74
VII. 資料	75
1. 精神保健の動き	
2. 精神科リハビリテーションの最近の考え方	
3. これからの保健所業務と歴史	

この手引きは、日常業務にすぐ役立つよう、精神保健福祉相談、訪問指導、危機介入に重点を置いて記載しております。またリハビリテーション、リカバリー等の地域精神保健福祉活動に重要な考え方を紹介していますが、ポピュレーションアプローチについては言及しておりませんのでご注意ください。

I.はじめに：本手引の目的

わが国の精神保健医療福祉のあり方を「入院医療中心から地域生活中心へ」と改革するため、今後おおむね10年間に何を実現していくか、その目標をあらわした「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（2004）が表すように、地域精神保健医療福祉活動の充実が、わが国にとって最優先の課題である。

保健所は、精神衛生法改正（1965）によって精神衛生行政の第一線に位置付けられて以来、地域精神保健医療福祉の発展に大きな役割を担ってきた。しかし、地域保健法（1994）、障害者自立支援法（2005）を経て市町村の役割が大きくなる中で、都道府県の財政難も相まって、特に県型保健所において保健所機能が低下しているとの指摘がある。

その一方で、東日本大震災では、精神保健専門家からは、平時の保健活動をこまめに行なっておくことが、危機時の対応にとっても大切であることが指摘されている。また被災地の支援に入った精神保健の職員が、地元の保健師と協働することで、とてもよい活動を行なったことも目を引いた。災害を機に、地域精神保健活動の重要性が再認識されたともいえる。

さらに精神科領域では、狭義の医療に留まらない体制が求められており、医療・保健・福祉・介護・雇用・教育など幅広い機関が一体となった包括的ケアは、複雑困難な課題を抱えた精神障害者の地域支援には欠かすことができない。今後の地域精神保健医療福祉活動においては、このような支援体制をコーディネートすることが求められている。

市町村は地域住民のさまざまな生活上の問題の第一線の対応を求められる。福祉、住居、税、保健などの多様な問題に対応する窓口をそろえている市町村が精神障害の対応窓口となることは、精

神障害者への包括的な地域生活支援のためにはきわめて有益であろう。しかし、精神障害者の対応経験が少ないため、支援をすることに不安を感じている市町村も少なくないと思われる。地域精神保健医療活動の必要性が増しているにもかかわらず、保健所の減少と市町村の対応力の地域差から、地域精神保健医療福祉活動の手薄な地域が生じているのが現状であろう。この問題を解決していくためには、保健所、市町村、相談支援事業所等の協働による支援をどのように充実させるかを検討する必要がある。

保健所の置かれている状況は、人員、圏域の広さを含めそれぞれの地域で大きく異なる。また県型、中核市型、政令市型などの設置形態によっても機能は異なる。このため、全国一律の明確な基準は作りにくいのが事実である。しかし、保健所が地域精神保健医療福祉の充実において役割を果たすことを求められていることは間違いなく、それにはどうしても押さえておかなければいけない事項がある。

本手引きはそれを念頭に置いて作成された。保健所によっては、人員の制約などからここで書かれた内容を実践することは難しいかもしれない。しかしながら、保健所内、または市町村や関係諸機関との間で方向性を共有することには役立つだろう。

本手引きは地域精神保健医療福祉活動に経験の浅い保健所職員を対象としているが、すでに経験を積んだ職員の方にも日々の業務の意義を改めて確認するために参照していただくことを期待している。また市町村職員、地域精神保健医療福祉活動に関係する諸機関の方にも手に取っていただくことを期待している。

II. 精神保健福祉の動向：精神保健の重要性

1. 「入院医療中心から地域生活中心へ」

国によって定義や計算方法は異なるとしても、わが国では精神科病床数が多く、平均在院日数が長いことはよく知られている（図 1, 2）。

この状況は、精神障害者に関する問題の解決を入院に委ねようとしてきた社会全体の問題である。もちろんこれは日本に特殊な歴史であったわけではない。19 世紀の欧米諸国においては精神病患者を入院治療に委ねる傾向が顕著であり、数千床を有する巨大な精神科病院が数多く建設された。1950 年代以降、精神科病院の病床を大幅に削減し、廃止しようという動きが欧米諸国で大きなうねりとなった。これを脱施設化 deinstitutionalisation と呼ぶ。

先駆的に脱施設化を行なった国の経験から明らかにされたことは、①精神科病院の脱施設化は地域精神保健医療福祉体制の充実なしには有効なものになりえないこと、②地域支援の充実により入院病床の縮小は可能であること、である。また地域精神保健医療福祉体制は地域に近い多極分散型の小規模施設が好ましいことが明らかにされてきたことも大切な点である。

我が国においても「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（2004）において「入院医療中心から地域生活中心へ」というスローガンが掲げられた。これを契機として地域移行支援事業などさまざまな制度が行なわれるようになってきたが、その動きは端緒についたばかりであり、今後それをいかに発展させるかが問われている。この中で、精神科医療、特に精神科急性期医療の充実の必要性が強調されている。しかし、それと同時に、精神科医療につながる前と入院医療の後、あるいは外来通院時における精神保健医療福祉活動の充実がなければ、地域

に生活する当事者と家族の地域生活の維持・向上は不可能である。この点で、保健所や市町村の精神保健福祉の取組の充実は必要不可欠である。

2. 精神科リハビリテーションの新しい動き

西欧諸国においては、近年、精神科リハビリテーションにおいて、リカバリー recovery という概念の重要性が増している。これは単に医学的な症状が改善することだけではなく、生活の質の向上、社会とのつながり、就労の場所、生きる希望などを含み込んだ総合的な概念である（資料 2）。

リカバリーの概念と密接な関わりを持ち、かつ重要なのは、当事者や家族そして地域が本来持っている利用可能な資源、強み（ストレングス strength と呼ばれる）をどのように引き出し利用するか、ということである。

この文脈において、当事者による支援（ピア・サポート）や家族による家族支援等も、新たに注目されている。

保健所は当事者や家族そして地域が本来持っている利用可能な資源への目配りが可能であり、市町村とも連携して、当事者や家族が自分たち同士で互いに支援してゆくことができるように育成する視点を持つことが大切である。

こうした支援において大事なことは、専門家が当事者を教えるという上下関係ではなく、当事者や家族もまた重要なパートナーとして、精神保健医療福祉の専門家と対等な立場で、共同で課題解決に向かうことである。専門機関による支援も、当事者や家族の主体性を尊重し育む脇役としての節度を守ることが求められる。

3. 「医療計画」（5 疾病 5 事業）

都道府県は、医療法第 30 条の 4 により「医療提供体制の確保を図るための計画（医療計画）を定めるものとする」とされている。医療計画に記載すべき事項

は、①患者数が多く、死亡率が高い等緊急性が高いもの、②症状の経過に基づくきめ細かな対応が求められることから、医療機関の機能に応じた対応が必要なもの、③特に病院と病院、病院と診療所、さらには在宅へという連携に重点を置くものとされている。H23年12月現在、省令により4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）、5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療）が対象となっており、医療連携体制を構築することで、広汎かつ継続的な医療を提供し、国民の健康の保持を図ることを目的としている。

精神疾患は、①患者数が323万人（平成20年）と他の4疾病と比べて多いこと、②精神疾患の死亡数も年1万人を超えており、年3万人を超える自殺者の9割は精神疾患に罹患していた可能性が高いこと、③早期治療、地域移行のために、病院、診療所、訪問看護ステーションなどの諸機関が個々の機能に応じた連携を行なう必要があることなどから、平成25年度以降の医療計画に記載される予定である。

精神疾患が5疾病のひとつに挙げられることは、地域精神保健医療福祉活動の重要性を示すものであって、保健所、市町村の果たすべき役割にも言及される可能性があることから、医療計画の今後の動向に注意する必要がある。

Ⅲ．相談と訪問

保健所が行政機関でありながら現場の活動を行うことは、行政と地域の諸機関、地域の諸機関同士の間を円滑につなぐためにきわめて重要である。

1. 相談

①保健所における相談業務一般

保健所における相談の対象は、本人、家族、一般住民、関係者等と多岐にわたるため、相談対応に当たっては、個別の

相談目的に合わせた対応が必要である。最初は電話相談から始まることも多いが、複雑な相談の場合は面接が必要になる。相談を受ける場合には、状況の正確な把握が重要である。そのためには、現在の状況が確認できるよう、相談者からできるだけ客観的な情報を得る。その際、相談者に、不要に根掘り葉掘り聞かれているという印象を与えることがないように、情報収集をする目的（困っていることについて一緒に考えるには、現状をできるだけ正確に把握する必要があること）や、わからないこと、言えないことは無理に言わなくてもいいことをしっかり伝えるようにする。

②相談の方法

i) 安心して話せる場を設定する(プライバシーを守ることを伝える)。

ii) 時間の設定：長くても1時間程度をめどにする。相談を受ける側が十分に時間がとれないときは、あらかじめ対応できる時間の見込みを伝えておく。

③相談時に聞いていくべき情報

i) 対象：困っているのは誰か。

ii) 困っていることを引き起こしているのは誰か、あるいは誰と推測しているのか。

iii) 困っていることが精神障害によるものと思っているのか。思っているとすればその理由（精神障害の既往がある、精神障害で通院中、精神障害が疑われる等）

iv) 相談目的：なぜ、保健所に相談をしてきたのか（受診させたい、迷惑行為をなんとかしてもらいたい等）。

v) 相談につながるまでの経緯（警察から保健所に相談するように言われた等）

④初回面接の留意点

相談者の話を聞こうとする態度、および相談者に注目する態度を示すことは、相談者が一人の個人としてケアされていることを実感する助けになる。相談は、

通常、自由に回答できる形の質問で始める。例えば「現在、困っている問題を教えていただけませんか」等と話しかける。相談記録の記入等のためにほとんど相談者の顔を見ない、というような対応は望ましくない。

迷惑行為を受けている周辺住民の場合、困っている問題を起こしている人の排除（例えば精神科病院への強制入院等）を期待して相談に訪れることもある。その際には、「状況が改善に向かうように、一緒に考えさせてもらいたい」と伝え、相談者と共に問題の解決に取り組む気持ちで相談に臨む。

⑤相談の終わりに確認すること

今回の相談の目的を果たすことができたか、または、今後の見通しを持てたかを尋ねる。また今後、困ったこと、何か変化があった時はいつでも連絡するように伝える。

⑥留意点

相談者もしくは、相談の対象者が暴力行為を受けている可能性がある場合や、暴力行為の被害にあう可能性がある場合でも、相談者がそれを口にしないことがある。相談者が疲れていたり、状況の改善をあきらめていたり、暴力が起きるような危険な状況に慣れていることも多いからである。

相談を受ける場合は、暴力行為の有無を確認するとともに、それが確認できなくても暴力行為の危険性が疑われる場合は警察署に相談（110番）するように伝える。また保健所から警察に相談しておく必要がある場合は、相談者に十分説明して、その同意を得た上で、警察署に連絡を行う。

6段階の問題解決戦略

- ステップ1 どのようなことがまさに問題か？あるいは目標か？
- ステップ2 考えられる解決策を選ぶ。
- ステップ3 考えられる利益と不利益をあげる。
- ステップ4 最善の解決策を選ぶ。
- ステップ5 どうすれば解決策を実行できるか計画する。
- ステップ6 解決策を再吟味する。
(地域精神看護の実際 世論時報社による)

⑦どのような機関に、いつつなぐか

i) 社会資源の活用が望ましいと判断された場合は、活用した場合の利益、そこで期待できることと限界等も説明して、活用をすすめる。

ア) 勧める時期：相談後に信頼関係が取れてきたところで勧める。

イ) 勧める際のポイント：関係機関にこちらから連絡をすることの承諾を取り、担当者に直接伝えておくことが円滑な社会資源の利用のポイントである。そして、その後どうなったかを紹介先に確認することが、その後のフォロー体制の構築につながる。

相談の結果、精神科病院の受診が必要であると判断され、かつ対象者本人は受診する可能性が低くても、受診する医療機関が決まっている場合は、相談者だけでも医療機関に相談に行くことの必要性を伝える。

警察への相談が必要であると判断された場合(対象者が違法薬物の使用や犯罪を起こしている場合、対象者の精神症状が悪化していて、暴力行為の危険性がある場合等)は、それをすすめる。

⑧精神科嘱託医による精神保健福祉相談：精神科医に相談してもらうことの意味とは？どのように精神科医に仕事を依頼すればいいのか？

常勤の精神科医のいないことの多い保健所にとって、精神科嘱託医の相談日は医療的助言を得る貴重な機会である。また精神科医にとっても、地域の現場を知る重要な機会になり得る。精神保健相談の場を精神科医療との連携のために有効に活用したい。精神科嘱託医による相談には次のことに留意する。

i) 精神科嘱託医には、日頃から、保健所の相談業務の役割についての理解が得られるように努める。

ii) 相談者には、精神科嘱託医による相談は、治療を行う場でないことをよく説明した上で、精神医学的な評価を得る等の重要な意味があることを伝えて、相談予約を入れる。

iii) 精神科嘱託医への相談予定がない場合は、保健所のかかえている相談事例への助言を依頼する。保健所の事例には複雑困難事例も多い。日頃から精神科嘱託医に相談することによって、緊急時の対応がスムーズになる可能性がある。

iv) 他機関とのケア会議については、適宜、精神科嘱託医に助言を依頼する。精神科嘱託医が出席できなくても、会議当日にその助言を伝えることで、よりよいケア会議にすることができる。

2. 訪問

①訪問の重要性

精神保健の分野においては、医療支援につながっていない人たちの問題が大きく、支援を最も必要とする人たちこそ支援が届いていないという現状がある。このような人たちは、自ら医療機関を受診することが難しいために、訪問による支援が必要である。特に未治療かつ受診することが難しい精神障害者の場合、保健所による訪問は非常に重要である。このような事例では、単に医療につながっていないというだけでなく、生活面でも多くの課題をかかえており、社会への統

合が十分なされていない状態であることが多い。

このような事例に対する時には、しばしば医療機関を受診ないしは入院すること自体を目的にしがちである。しかし、受診や入院につなぐことを最優先するほど緊急性が高くなければ、関係づくりから始めつつ、生活全体を評価し、適切な支援体制を組み立てることが大切になる。その支援内容には家族や周囲の人々へのアプローチも含まれる。地域診断と地域づくりの重要性をよく知る精神保健スタッフが最も必要とされる場面である。本人の望まない受診や入院が否定的な医療との出会いとなり、当事者が今後医療不信を強めることにならないような配慮が必要である。

本事業における保健所調査からも明らかになったように、保健所が頻回の訪問を行うことは難しいのは事実である。しかし、他の機関に実働は依頼しても、要所では自ら足を運び、相談支援の評価と計画に意見を述べていくのは、保健所の重要な役割である。

②多職種チームの意義

これまで行なわれて来た往診では、医師と看護師または保健師で、当事者の自宅等に訪問することが多かった。しかし最近では、支援の専門分化と包括的支援の必要性の認識のもと、さまざまな職種からなる多職種チームの重要性の認識が高まっている。

多職種チームは、医師、看護師ないしは保健師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士等の職種を含んでいる。複数の職種が、チームとして一人の当事者に関わることを基本とする。そしてチーム内で支援情報を共有し、適切な支援を検討する。

多職種チームの必要性は精神科領域に限られたことではない。例えば、がん患者の緩和ケアチームが病院に置かれ

ている場合、内科医、麻酔科医、精神科医、臨床心理士、看護師等がチームを組んで患者の治療に当たる。

多職種チームにおいて重要であるのは、医師によるトップダウンの意思決定ではなく、チームによる協議を通じたボトムアップの意思決定である。医師はチームの責任者として、さまざまな意見を集約し、最終的な支援計画に責任を持つ。

また多職種チームによる支援で重要なのは、支援のアレンジは当事者の希望、目標を中心に考えることである。

今までの地域精神保健医療福祉活動においては、ともすれば、家族の意向、地域住民の苦情、医療者の考えが優先され、当事者の希望が後回しにされてきた。今後は、当事者の目標の達成のために、フォーマル、インフォーマルな支援を適切なタイミングで組み合わせ、当事者自身が暮らしやすく、生き甲斐を持った生活を送ることができるようにすることが求められる。現状においては、多職種チームを活用できる保健所は限られているだろう。しかし、今後の地域精神保健医療福祉活動において、多職種アウトリーチチームは増えてくると予測され、このチームとの適切な連携体制を組むことが課題となるだろう。

③訪問の意義

相談や訪問では、困っている人たちの声に耳を傾け、共に考え、できるだけ対象者自身の力が引き出せるよう支援する。その中で家庭訪問は、保健師や相談員の使える最大の武器である。対象者の家、家族、周囲の環境を見ることで、かかえている問題の解決のためのヒントを見つけることができる。相談や家庭訪問を行っても、よく状況が把握できないときは、市町村等の関係機関に出向くことが大切である。ケア会議などを開催するようセッティングすることも必要になる。

④訪問対象者

ひきこもりや家族がいない、以前に地域で問題を起こし、周囲との関係がよくない場合等は、定期的な訪問を行うことが望ましい。

どのような訪問対象者にも、原則として、訪問を実施する前に、訪問をすることへの了承を得る。

訪問の了承を得る方法を検討する上で、訪問対象者を把握した経路は非常に重要である。

また、措置解除事例や保健所の介入により入院に至った事例等で、退院後の関わりが困難になることが予測されるケースにおいては、入院中から退院後に継続した訪問ができるような準備や体制を整えることが重要である。

⑤初期訪問

初回訪問は十分な事前情報を得られないこともあるので慎重に行う。保健師の場合、血圧測定等健康管理を通じてコミュニケーションをはかることも考えてよい。健康問題を通してアプローチできるのは保健師の強みである。しかし、けっして無理をしない。2～3回留守や拒否があっても、顔を見てあいさつ（保健師あるいは相談員であると自己紹介する）だけで帰ることがあっても、関係づくりには大切である。その際に、「健康面や生活面で困ったことがあればいつでも相談に乗ります」と伝えておく。時間は短くてもよい。なじみの関係になることが大切である。

⑥継続訪問

継続した訪問は、①独居などで他の支援が入っていない、②以前に周囲とのトラブルがあった場合等に必要である。頻度は、関係ができるまでは頻回に行き、関係ができてきて、社会資源等医療福祉サービスの活用ができるようになれば1ヶ月～2ヶ月1回程度にする等、本人と相談しながら徐々に少なくする。訪問

支援を終了にする時は、困ったときには連絡するように本人に伝え、必要な時は訪問支援を再開する。

継続訪問が難しい場合は、市町村や相談支援事業所などと訪問チームを作って、各機関のスケジュール調整を行ない、ローテーション方式で訪問を継続する方法もある。

アウトリーチ推進事業などの多職種チームが利用可能であれば、チームと協議しながら、役割分担をして継続訪問を行なう。大切なのは、訪問を他の機関に任せた場合でも、経過については把握しておくことである。ケア会議や要所での連絡などで状況把握はしておく。これがないと訪問チーム丸投げになってしまい、トラブルが生じた時の迅速な対応が困難になる。

⑦家族支援：家族支援はなぜ必要か？どのような支援が必要か？

家族は、本人のことで、「どうにもならない」とのあきらめに陥っている場合がある。緊急性（暴力等）の有無を見極めながら、家族を支援し、受診行動等に結びつけるよう支える。家族が近隣者や親せき等から孤立していることも多く、職員が家族の相談相手になることによって家族がほっとすることも多い。状況がすぐに好転することがなくても、保健師や相談員は根気強く、家族との関わりを続けていく。また、家族を支援できる友人、知人、親戚などの協力を得るよう勧める。

場合によっては、地域の家族会や家族教室などの利用を勧める。その際、家族と同行して家族会に参加することも検討する。

⑧関係機関への訪問

i) 病院内での面接

服薬中断や地域に戻って周囲との関係で問題がある場合は、できるだけ入院中に病院内で患者と会い、関係をつくっ

ておくことで、退院後のケアにつなげるようにする。

ii) ケア会議の開催

必要なときはケア会議を開催する。ケア会議の目的は、①対象者への共通認識を関係者が持つこと、②お互いのことを知り、役割の明確化を行うこと、③各関係機関の顔と顔の見える関係をつくることによって効果的な危機介入を行えるようにすること、である。

iii) 関係者からの相談対応の大切さ

障害者自立支援法により、相談支援事業所等、市町村から障害者相談を委託された相談機関が地域に増えてきていることから、それらの関係機関からの相談が増えていると聞く。公的機関である保健所が中心となって、相談支援事業所等の関係機関の連絡会議を持つことは、地域精神保健医療福祉活動の充実につながる重要な取組である。

iv) 警察からの相談について

警察とは相談業務などを通じてしばしば連携が必要になるため、その業務と基盤になる法律を理解しておく。警察官職務執行法には、「警察官は、異常な挙動その他周囲の事情から合理的に判断して次の各号のいずれかに該当することが明らかであり、かつ、応急の救護を要すると信ずるに足りる相当な理由のある者を発見したときは、取りあえず警察署、病院、救護施設等の適当な場所において、これを保護しなければならない」とあり、「精神錯乱又は泥酔のため、自己又は他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのある者」が挙げられている。警察から紹介があった場合は、精神保健福祉法第24条通報か、一般的な相談かを最初に確認する。

v) 相談ケースからの予防活動：地域連携、ケアの継続性

個々の事例から見えてくるものをデータ化し、分析することは、ケアの継続

性をすすめ、地域に責任をもつ業務を行うことにつながる。

例えば、都市部では、相談機関が多様になってきたため、保健所での訪問を継続しないで早めに他の機関につなぐこともあるが（バトンタッチ型の支援）、これが有意義な連携になっているのかどうかは、振り返りをする必要がある。

市町村や相談支援事業所、訪問看護ステーションでの継続訪問にスムーズに移行できる事例もあるが、支援者との関係をつくりにくい事例や、複合的な問題を抱えている事例では、支援機関の移行においてきちんとしたアセスメントを行い、ケア会議等で協議と合意に基づいた移行を行なう必要がある。

有意義な連携には、自分のできる支援は行い、互いの役割が重なり合うことが必要である。そうでないと、支援を任された側が、「押し付けられた」ように感じてしまう。「押しつけられた」と一方が感じる関係では、有意義な連携は成立しない。支援の振り分けについても、当事者や次の支援者が不安を感じなくてすむように、重なり合いながら徐々に引き継いでいく等の工夫が必要である。

なお以下は、相談・訪問に共通する地域での再発支援のアセスメントとプランの流れである。

病気の管理を支援するための方策（計画）

- ①再発のきっかけを認識する。
- ②再発を警告する徴候を認識する。
- ③再発を防ぐ行動計画を構築する。
- ④コーピング方策を開発する。
- ⑤前もった指示を集める。

（地域精神看護の実際 世論時報社による）

IV. 危機介入

1. 措置入院

①措置入院とはどのような入院か？

精神科医療においては、精神疾患を有し早急に医療が必要な状態にあり、かつ医療が健康の回復および健康的な生活を取り戻すことに有効かつ不可欠にもかかわらず、当該精神障害者が医療を拒否してしまう場合が多々ある。しかも、精神疾患のために判断能力に障害を来したり、幻覚や妄想、興奮、拒絶等の精神症状や、その結果としての病識の欠如などによる拒否等、疾患そのものが医療を遠ざける原因になっている場合がある。

精神疾患が重篤であるがために、自ら医療を受け健康を回復する機会を得られない精神障害者に対して、適正な医療および保護を提供する必要があることから、精神保健福祉法により、一定の要件の下に、任意性に基づかない入院形態が定められている。

医療保護入院（精神保健福祉法第 33 条）は、精神保健指定医（以下、「指定医」）による診断結果と保護者もしくは扶養義務者（以下、「保護者等」）の同意を要件とし、病院管理者と保護者等との医療契約による医療提供である。

応急入院（法第 33 条の 4）は、医療保護が必要な精神障害者であって、保護者等の存否、連絡先等が不明もしくは連絡が取れないものの、「直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者」に対して、指定医の診察に基づき病院管理者の判断で行われ、72 時間に限定された緊急的医療提供のための入院形態である。

これに対して措置入院（法第 29 条）は、「医療および保護」を目的とした入院形態である点では同じであるが、都道府県知事（政令指定都市においては市長）（以下、「知事」）が指定する 2 名の精神保健指定医の診察（法第 27 条 1 項）（以下、「措置診察」）の結果、「精神障害者であり、かつ医療及び保護のために

入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがある」と一致した場合に、知事が当該精神障害者に入院を命じ、基本的人権の一部制限を加え、強制的に入院させる行政処分である。またその期間はあらかじめ定められてはいない。そのため、法令により厳正な手続きが定められており、その適用に際しては当該精神障害者の人権の尊重が最大限に求められる。

措置入院は、本人の意思に基づかない強制入院という点では、医療保護入院や応急入院と同じではあるが、家族等の保護者の意向を必ずしも前提としない強制医療でもあり、知事による行政処分という事実は重く、本人はもとよりその家族等に対しても影響を及ぼすことを認識しておかなければならない。

②措置入院はどのような場合に必要か？

措置入院の要件である、精神障害に起因する自傷他害のおそれ（以下、「措置症状」）に関する判定基準は、法第 28 条の 2 および厚生労働省告示により規定されており、「自傷」については、「自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為（以下、「自傷行為」という。）とされ、「他害」については、「殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為（以下、「他害行為」といい、原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいう。）」と定められている。また、「病状又は状態像」ごとに「自傷行為または他害行為のおそれの認定に関する事項」と「原因となる主な精神障害の例示」が示されている。

この措置症状の有無の判定のための措置診察を実施するか否かは、通報等の受理時に行われる事前調査の結果により決定するが、調査に当たっては、これらの判定基準を念頭に置いた上で、問題

とされる言動に関する客観的事実の確認が欠かせない。確認された内容は、精神保健指定医による措置症状の判定における参考情報ともなり、非常に重要であり、十分に行われる必要がある。

しかしながら、通報などの大半を占める警察官通報（法第 24 条）（以下「24 条通報」）は、警察官職務執行法（以下、「警職法」）の保護下においては保護が原則 24 時間であることや、当該被通報者である精神障害者等の負担の軽減、必要な場合の措置診察指定医の確保等から、通常、限られた時間の中で調査を行い、措置診察の要否を決定しなければならない。そのためには、関連法令、精神疾患や医療に関する専門的知識、面接等の技術、そして経験が必要であり、複数名の職員による対応が望ましい。また保健所組織としての診察の要否の決定及び決裁に即時に対応できる体制が必要である。

なお、法第 24 条通報及び一般人の申請（法第 23 条）（以下、「法第 23 条申請」）に関する対応については「保健所精神保健福祉業務における危機介入手引」¹⁾を参照されたい。

③医療提供のための入院としての措置入院

法令上の手続上は行政処分ではあるが、その目的はあくまでも「医療及び保護のため」であり、通院、任意入院、医療保護入院等によっては必要な医療及び保護が図られず、なおかつ「自傷他害のおそれ」が伴う場合にのみ発動されるものである。入院当初は行動の制限や処遇上の制限が伴うが、他の入院形態と同様に病状等から必要に応じて法第 36 条、37 条に基づいて行われる。提供される医療は入院形態によって特に変わるものではない。「医療及び保護」の目的は、身体疾患と同様、健康の回復と、疾患のために生じた生活上の深刻な問題の回復であり、健康的な地域生活を取り戻す

ことが治療の目的である。

④措置入院から退院に向けて

i)措置入院から退院に向けて気をつけるべきことは？

支援の必要度は必ずしも入院形態によって決まるものではないが、措置入院に至った背景、行政処分という強制力の下にあることからすれば、退院に向けた支援もより積極的に行われなければならない。そのためには、適宜、その病状や経過については把握に努めるべきである。しかしながら、措置入院に関係する行政の役割については、申請・通報・届出の受理から入院措置に至るまで、措置解除に関する手続き以外は定められてはいない。すなわち、保健所における相談支援は、行政処分の如何に関わらず、すべて法第47条（相談指導等）に基づいて行われ、退院に向け入院先病院と連携を図り、相談支援に取り組んでいくこととなる。

このため、保健所は行政処分庁という役割と相談支援機関という役割の二面性を同時に担うことになる。強制力の発動と、当事者の主体性の尊重を原則とした相談支援の実施という背反する役割は、まさに公的責任を担う行政機関である保健所特有のものであって、精神障害者や家族、時に近隣住民や関係者との関係性の構築をより難しくするという側面をもたらしている。この意味においても、保健所における相談支援には、より高い専門性と経験が求められ、また担当者間での役割分担等、所属機関内での連携による対応が必要となる。

相談支援において欠かせないのは関係性であるが、通報等の受理以前から関わりがあり、ある程度の関係性ができている場合を除き、本人との関係性構築は措置入院を契機に取り組むことになる。

一般的に、入院後しばらくは、病状の重篤さや病識の欠如に加え、行政処分庁

ということ等から、強い拒否、時には恨みを買ひ、関係性を築くことが難しい場合がほとんどである。しかしながら、病状の回復と治療過程における病院職員との安定した関係性が構築されていくにつれ和らいでくる。入院中においては、当然のことながら、治療及び退院に向けた支援の中心は、主治医、担当看護師、精神保健福祉士等の病院職員であるが、この治療者の輪に保健所担当者は支援者として加わっていくことが必要である。そのためには、病院担当者とともに連絡を取り、入院後の経過の把握に努め、タイミングを見計らって本人と面会し、支援に向けた働きかけに取り組んでいくようにする。

本人の拒否等が強ければ、関係性構築は慎重に始めなければならないが、病状との関係も踏まえ、いつ、どのように働きかけていくか病院担当者とカンファレンスをする等して、具体的な検討をしながら進めていくことが必要である。

ii)措置入院を繰り返さないために入院中に行なうべきことは？

退院後の支援については、入院中に本人や家族を交え、支援の必要性や内容、医療機関と保健所や他の関係機関の役割などについて相談し、確認しておくようにする。前述のとおり、措置入院者に対する相談支援に関する法令上の定めがないことから、保健所の役割も他の入院形態の退院の場合の支援と特に変わるものではなく、あくまで相談支援機関として関わることになる。

措置入院のみならず、病状の再燃による再入院を防ぐために欠かせないのは、通院と服薬の継続である。本人の怠薬、拒薬、通院拒否や、家族による支援の欠如、病状に影響する生活上の危機等から医療中断が予測される場合は、病院職員が中心となって、そのリスク及び対応方法について検討すべきであるが、この過

程に本人や家族はもとより、保健所も積極的に参加し、保健所が危惧するリスクについても伝え、保健所の役割についても検討しておくことが大切である。

また、本人、家族、医療機関、保健所、その他関係機関における情報の共有についてあらかじめ協議し、合意を得ておくことも必要である。情報の共有は、連携・連動した退院後の支援に向けて必要不可欠であり、本人や家族も含め目指す目標を共有することを意味する。退院に向けた必要な支援については、病院職員を介在するだけでなく、直接本人に面会し、相談をしながら進めていく。

行政処分という側面は家族にも重くのしかかることがほとんどであり、通常の入院以上に引き続きの家族支援も念頭に入れておく必要がある。家族は、通常、入院前までに相当疲弊しているが、入院直後も病院担当者との面談や、様々な手続きのために忙しい。ゆっくりと休むことができるのは、入院後1週間ほどしてからということが多い。本人の入院中に、家族自身もしっかりと休み、自らの生活や安心を取り戻すことが必要である。また退院に向けた本人への支援に家族も加わってもらうためにも家族の回復は極めて重要である。家族支援においてはこのことを念頭において取り組んでいくことが必要である。

本人や家族の拒否や抵抗が強い場合は、丁寧に、粘り強く関係性の構築に取り組んでいかなければならないが、相談支援関係を築くのがどうしても困難と思われる場合は、市区町村と役割を分担し、連携して退院に向けた支援を組み立てていくことも必要になる。

iii) どうしたら再度の措置入院を防ぐことができるのか？

退院後の医療と地域相談支援の継続がどこまでできるかが重要である。医療も相談支援も、本人が望む生活を支える

ことが目的であり、そのためには通院先医療機関や保健所にとどまらず、相談支援事業者やヘルパー等、地域の幅広い支援のネットワークの活用による支援が有効である。これは生活上のニーズに応じた幅の広い支援のためであると同時に、多くの機関、関係者が関わることで関係性の拡がりも期待できる。仮に、服薬や通院が途絶えたとしても、生活支援を基盤とした相談支援関係が途絶えなければ、少なくとも当該精神障害者が孤立することは避けられる。またその生活の支援の経過の中で、医療の必要性について丁寧に伝え、粘り強く働きかけていくことも可能である。

警察官の介入する事態が想定されるような場合には、本人に率直にその旨を伝え、回避するためにはどうしたらよいかという相談をもちかけ、本人にとっての危機回避として相談支援をテーマとして共有するように努めることも大事である。

また必要に応じて保健所の通報等対応機関としての業務についても丁寧に説明し、理解をしてもらうように努めることも大切である。本人の意向によらずに法的対応をする場合の説明をしておくことは、保健所担当者として、あらかじめ手の内をさらけ出した上で、向き合うことを宣言することでもある。これはそれなりに覚悟と勇気がいることであるが、少なくとも嘘はつかないという信頼は勝ち得る可能性が高く、危機回避が共通の目標となるきっかけにもなりうる。あとは、回避するための手段、対処方法等を本人と話し合う。

このような支援関係が持続できることは、医療中断→病状再燃・孤立化→病状増悪→更なる孤立化、問題行動→通報・再入院という負のスパイラルに対する一定の歯止めとなりうる。もちろん、このような関係性の構築が常にできる

とは限らず、その過程では多くの困難に直面することにもなる。しかし、このような関係性の構築を目指すことは重要であり、地域精神保健福祉に携わる支援者あるいは機関としての専門技術に裏打ちされた経験の蓄積が、その困難さを軽減させることにつながっていく。

医療中断においては、通院先医療機関のスタッフもゆるやかな見守り体制に加わり、病状の把握に努めるとともに、医療の有効性について生活上のニーズに応じて、説明し、服薬や受診の再開を提案していくことが大切である。重要なことは迅速さではなく、丁寧で粘り強い働きかけである。なお、通院先医療機関の協力が難しければ、保健所の精神科嘱託医を活用する。また平成23年度に始まった「精神障害者アウトリーチ推進事業」にも、一つの役割として期待されるところでもある。

⑤措置診察の結果、措置入院にならなかった場合はどのようにすべきか？

まず、精神科医療の必要度、必要な場合の適切な形態についての吟味に基づき、その後の支援の要否と内容を検討する。治療の適用やその形態については、医師や精神科医療機関によって考え方が異なる場合がある。措置診察の結果、措置入院が不要と判断された場合も、診察をした指定医の参考意見として、医学的判断を求めておくことが望ましい。

治療の適応があり、入院が必要な状態であると判断された場合は、本人及び家族に説明し、措置診察後に精神科病院への受診を勧め、積極的に受診を促すことが必要となる。必要があれば、措置診察をした指定医に依頼し、医学的判断を説明してもらうことも有効である。当日の受診がどうしても難しい場合は、後日の同行受診等を提案する。

精神科受診ができ、診察の結果、治療は必要だが医療保護入院は不要と判断

された場合は、任意に基づく医療が適切であるということになる。その場合、診察医には、期待されうる治療効果の説明と丁寧な治療導入を本人や家族に対して行うことが望まれるが、保健所職員も医師の意見を確認しておくことがその後の相談支援においては欠かせない。

また生活上の困難等の具体的な問題が生じている場合は、医療以外に必要な支援がないかを本人や家族と一緒に考える等、通常の相談支援への導入を図る。本来は、このプロセスは受診先医療機関の医師やケースワーカー等も同席の上で、診察の一環として行われることが望ましいが、本人の意向や、医療機関の外來状況等によって困難な場合は、本人と家族、保健所職員だけで相談をすることもやむを得ない。そのためにも、通報等受理後の事前調査では、単に直近の問題行動や措置診察の要否のみならず、最近の生活状況や経過、生活歴や家族状況等について可能な範囲で具体的に確認しておくことが望まれる。事前調査時から関係性の構築が始まっていることを念頭に置き、法令に基づき適切に行うと同時に、極力本人の意向を確認しつつ進めるように努めることも大切である。

2. 近隣住民とトラブルが生じている場合

①住民とはどのようにつき合ったらいのか？

精神疾患に伴う言動や、特に病状の悪化や遷延化に伴う生活の破綻から近隣住民とトラブルが生じてしまう場合は多々ある。また直接的に脅威となるまでの問題行動はないものの、精神疾患への知識の欠如や偏見、保護する家族等の不在などから、近隣住民が過剰に不安を募らせることもある。いずれにせよ、保健所が近隣住人と相対するのは、苦情として相談が持ち込まれた場合が最も一般的である。近隣苦情相談は、多くの場合、

そこへ至るまでの住民としての耐え難い経過、保健所へ苦情を持ち込むことへの相当の決意、行政による解決への強い期待（時に要求）が伴う。相談者が多数で、苦情の訴えと即時的な強制的介入・解決への要望が強い場合は、相談を受ける側も、複数名、あるいは担当課長等も同席し、組織として相対しているという姿勢を示すことも必要である。

一方、近隣住民に限らず、誰しも精神疾患や精神保健についての情報に接する機会はほとんどなく、知識が皆無であり、解決策が見いだせないことで不安が募り、行政の権限もしくは責任で対処してもらおう以外にないと思いつめるというのは、寧ろ一般的であるとも言える。長期未治療者の家族が対応に苦慮し、入院させるしかないとの思いで来所する相談に共通する面がある。いずれにおいても相談対応の基本は同じであり、相談に来所したことをいたわり、訴えを受け止め、傾聴しつつ必要な事実を確認し、相談者が望む問題の解決と、相談者自身のストレスや健康被害に関する相談支援という両面に同時に取り組んでいく必要がある。

②精神障害者の近隣住民をどのように支援したらよいか？

近隣住民の健康被害やストレスの影響については、積極的に個別相談に応じ、必要な支援をしていくようにすべきである。そして相談支援の過程において、精神疾患や精神保健に関する正しい知識・情報を提供し、理解を深めてもらうように努める。いわば、相談支援を通じた健康教育と普及啓発の絶好の機会であり、保健所の相談支援の前提や個人情報の取り扱い等についても実体験してもらったとない機会でもある。近隣住民への丁寧な支援が、結果的にはトラブルの対象となっている精神障害者への理解への一助ともなる。

個別の健康に関する相談支援とまでいかない場合でも、近隣住民に時々電話や訪問して状況を確認するように努めることは、より客観的な状況把握の上でも必要であるが、不安や憤りを抱えた住民にとって、行政が継続的に関与していることを認識してもらおう機会ともなる。

なお、近隣住民への相談支援や対応する担当者と本人への支援者は別にするなど所内での役割分担を図ることが望ましい。

トラブルや軋轢が根深く、住民の感情的拒否が強い場合の対応は、関係性の構築が難しい要支援者への対応と基本的には同様である。ただし、クレイマーとの区別は明確にし、クレイマーに対しては法令等も踏まえた毅然とした対応が必要となる。

③住民のコアとなる人に個人情報を守りつつ理解と協力を求めるために必要なことは？

近隣住民へ本人に対する何らかの説明をするにしても、すべてが個人情報であり、本人の了解もなしに一方的に説明することはできない。しかしながら、「個人情報なのでお話しできない」という紋切調では住民の不安、不満は解消せず、行政に対する不信を募らせ、過度の要求へとエスカレートするなど問題を難しくする。また精神疾患や精神障害者への偏見、差別を助長する結果となってしまう。

そもそも個人情報と人権についての考え方は、個々人や地域によって多少異なるのが現実であろう。現に、地域でのお互いの暮らしぶりによって、個人情報は自然と開示されたり、暴露されたりするものであり、ご近所づきあいと生活への干渉に関する許容範囲は様々である。

これらを踏まえた上で、精神障害者と近隣住民がどこで折り合えるか、そのために双方の情報開示がどこまで必要な

のかということになる。1体1の関係であれば、自らが直接知らなければ理解も安心もできないが、公的機関が間に入ることで、ある程度の安心感が得られることは期待できる。

本人も近隣住民も、少なくとも以前よりストレスが減り、安心して暮らせるようになることが地域における支援目標であり、地域住民の人権と健康は等しく重要であり、本人あるいは近隣住民のどちらか一方を擁護するものではないことを近隣住民、本人双方へ誠実に伝えていく努力が必要である。

なお、本人の迷惑行為を受けている近隣者等の集まりにおける対応については「保健所精神保健福祉業務における危機介入手引」¹⁾を、個人情報の取り扱いについては「精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン」²⁾を参照されたい。

文献

- 1) 全国保健所長会「精神保健福祉研究班」.保健所精神保健福祉業務における危機介入手引.平成 18 年度地域保健総合推進事業「精神保健対策の在り方に関する研究」.2007
- 2) 宇田英典他.精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン.平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)「健康危機管理発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究」報告書別冊.2011

V. 関連機関との連携・業務分担

1. 市区町村

本事業における市区町村調査の結果、精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課が同じであるのは、「人口 10 万人未満」約 7 割、「人口 10 万以上 30 万未満」約 3 分の 2、「人口 30 万人以上」半

数であった。精神保健福祉法によってほぼ一元的に進められてきた精神保健福祉は、法律の事務分掌をもとに、保健(健康づくり)と障害者福祉等で分離して扱われるようになり、さらに介護保険法、自殺対策基本法、児童虐待防止法、発達障害者支援法等を加えて、さまざまな法律を所掌する部門の中に、分散して存在する時代を迎えている。このような中では、市区町村において、精神保健福祉の専門職を育成することによって、自治体業務の幅広い分野で精神保健の問題をかかえた人への配慮が行われることが期待される。

また自立支援協議会は、障害福祉に係る関係機関が情報を共有し、地域の課題解決に向け協議を行うための会議であり、平成 22 年 4 月現在で 75%の市区町村に設置されている。本事業における市区町村調査の結果、平成 23 年 12 月末時点で自立支援協議会が設置されていたのは、「人口 10 万人未満」264 箇所(85.4%)、「人口 10 万以上 30 万未満」51 箇所(96.2%)、「人口 30 万人以上」22 箇所(100.0%)であった。そのうち保健所が「運営委員で関与」していたのは、「人口 10 万人未満」43 箇所(16.3%)、「人口 10 万以上 30 万未満」10 箇所(19.6%)、「人口 30 万人以上」6 箇所(27.3%)であった。「協議会委員で関与」していたのは、「人口 10 万人未満」128 箇所(56.9%)、「人口 10 万以上 30 万未満」29 箇所(44.2%)、「人口 30 万人以上」11 箇所(50.0%)であった。地域の精神保健福祉資源の確保や課題の集約等の貴重な機会になりうるのが自立支援協議会であり、保健所からも精神保健福祉の課題が十分に扱われて行くように積極的に関与することが望まれる。

2. 精神保健福祉センター(以下、センター)

精神衛生法改正(1965)によって都道府県に設置が進められてきた精神保健

福祉センターは、精神保健福祉法改正（1999）によって、都道府県と指定都市に必置の機関となった。「精神保健福祉センター運営要領」には、①企画立案、②技術指導及び技術援助、③人材育成、④普及啓発、⑤調査研究、⑥精神保健福祉相談、⑦組織育成、⑧精神医療審査会の審査に関する事務、⑨自立支援医療（精神通院医療）及び精神障害者保健福祉手帳の判定が挙げられている。

3 精神科医療機関

保健所と精神科医療機関との連携は、精神疾患を発病したケースが医療とつながる段階から、ある程度病気が安定し、社会復帰するまで長期間にわたる。保健所には、医療機関と関わりながら精神障害をもつ人の地域移行を達成するために、様々な関係機関の連携を進める役割が求められる。管轄内の各精神科医療機関で、まず初めに受診や入院の相談を受け付ける窓口がどこで、担当のスタッフが誰なのか？については平時から把握し、協力関係を構築しておくことが必要である。

① 療導入の必要なケース

保健所への相談事例の中には、本人を支援できる家族がおらず、医療保険に加入していないまま、長期未治療で放置されてきたケースも少なくない。また支援に必要な情報が乏しい中で、何をすればよいのか悩まされるケースも多い。より手厚い支援を必要とするケースほど、初期段階において得られている情報は少ないというジレンマは、常に保健所の精神保健福祉業務には存在し、その中で根気強くケースの生活史や生活支援のための情報を入手していくための努力が必要であることを心得ておく必要がある。

② 入院中・通院中のケース

保健所が関わり医療を受けられるようになったケースに関しては、その後の

経過のモニタリングを行うことが望ましい。退院が近づいてきたら、退院後の支援体制を話し合うための会議（自立支援促進会議等）の開催に協力する。

4. 相談支援事業所・地域活動支援センター

障害者自立支援法において、相談支援事業は、地域生活支援事業において地方自治体の必須事業とされ、障害者（身体、知的、精神、発達）の総合的な相談を行う。市町村は相談支援事業を指定相談支援事業者に委託できる。さて、本事業における市区町村調査の結果、障害者自立支援法に関連した施設・活動のうち、市区町村に活動拠点があるものの箇所数は、管轄地域の人口規模によって顕著な差があり、人口規模の小さい市区町村では管内の社会資源は乏しかった。また相談支援事業所には、精神障害を以前から対応してきた事業所も含まれているものの、精神障害者以外を中心に対応してきた事業所も少なくない。相談支援事業所単独での支援には限界があることから、保健所においては、市町村と協力しながら相談支援事業所を支援することが必要である。

平成 24 年 4 月から、指定特定相談支援事業所は市町村長が指定し、指定一般相談支援事業所は都道府県知事が指定することとなった。指定特定相談支援事業所がサービス利用計画を作成し、指定一般相談支援事業所が地域相談支援を行う。これは障害福祉サービス利用対象者の大幅な拡大と地域相談支援の創設を踏まえ、相談支援の提供体制の量的拡大を図るためであるとされている。保健所や市町村は、相談支援事業所がどのような業務を行なっているのか、職員の負担や課題はどのようなものをモニタリングしていくことが望まれる。

5. 教育機関

教育機関との連携は、不登校、ひきこもりや自傷行為や自殺、児童虐待などの

問題が注目を集める中で重要性が増している。例えば、リストカットなどの自傷行為は中高生などの若年者で大きな問題となっている。教育機関には精神保健の知識も十分共有されていないこともあり、保健所の協力は重要であろう。

教育機関と保健所の連携が必要となってきたのが、不登校の情報把握である。中学校卒業により義務教育が終了した時点、高校卒業後、大学卒業後等の節目で、それまでの支援が途切れてしまい、情報が伝わらなくなることが課題となっている。

教育機関との連携としては、①教育機関と保健機関が一同に会する機会を捉えて教育と保健機関の情報交換を行なう、②ひきこもり、虐待、自傷行為等についての研修会に保健機関、教育機関への参加を呼びかける、③不登校事例で注意を要する事例をきちんと引き継ぐ、等の工夫を考える。

児童・生徒の経験する精神保健の問題は、発達障害、児童虐待、不登校、親のかかえる精神保健の問題等、きわめて多様である。児童、生徒本人の問題だけではなく、家族全体の抱えている問題が子供に表面化している場合も少なくない。そして家族の問題は、子供が幼少の頃から持続していることも多い。このため、より早期の対応を行なうためには、母子保健、児童福祉との連携を視野に置く必要がある。

VI. まとめ

保健所はこれまで地域精神保健福祉の中核的な役割を担ってきた。本稿で取り上げた点も含めて、今後もさまざまな課題に取り組むことが保健所には求められている。また災害対策等との連携も視野に入れながら、より広い視点で地域精神保健医療福祉活動を構成していくことが、これからの保健所の責務である

う。地域の関係機関との連携のあり方、資料 3 で後述する保健所の強み等も踏まえて、保健所の機能強化のための見取り図を図 5 に示した。保健所がこれまでに培ってきた相談・訪問のノウハウ、精神保健福祉の専門技術と関係機関との連携ネットワークは保健所の貴重な資産である。これらの強みを踏まえるとともに、精神保健医療福祉の趨勢を理解することによって、今後の保健所の機能強化は可能になると思われる。また今後の地域精神保健福祉活動は、市町村と保健所の密接な協力関係のもとに展開していくことが期待されるが、これに必要な人員体制を算出することも求められる。

Ⅶ. 資料

資料 1 精神保健の動き

1. 国の動き

厚生労働省では、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(2004)における「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策を更に推し進め、精神保健医療福祉施策の抜本的見直しのための改革ビジョンの後期 5 か年の重点施策群の策定に向けて、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」を開催して検討を行い、「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(2009)を取りまとめた。また平成 22 年 6 月の閣議決定「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」を踏まえて、平成 23 年 1 月から厚生労働省において「保護者制度・入院制度の検討(「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第 3 ラウンド」)が始まり、保護者制度の見直しについては平成 24 年内を目途に結論を得ることとしている。

このように精神障害者政策についての議論はここ数年盛り上がりを見せているが、それには当事者の政策決定への参加という要素が大きく影響していると思われる。地域精神保健医療福祉活動の今後のあり方や、保健所の役割についても、この文脈の中で捉えていく必要があると思われる。

2. 多様化するメンタルヘルスの状況：支援の必要度、可視性から見たメンタルヘルスの諸問題

今までの精神保健医療福祉施策は、統合失調症をモデルとして組み立てられてきた。もちろん統合失調症は、今後とも最も重要な精神保健医療福祉施策の課題であることは変りないが、その一方で統合失調症モデルでは対応できない様々なメンタルヘルスの課題が重要性を持ってきている。また統合失調症にし

ても、治療中断が多いことはこれまでも知られていたが、治療中断者の地域における支援については十分に検討されてこなかった。さらに児童虐待がメディアの注目を集めているが、精神保健医療においても、虐待が児童に与える深刻な影響が明らかになってきている。そして虐待は児童に限らず、認知症などの高齢者やその他障害者に対しても少なくないことが明らかにされてきた。

発達障害もここ 10 年ぐらいの間に理解が進み、これまで統合失調症等の精神障害者と見なされてきた事例の中に、発達障害の事例が少なくないことが分かってきた。発達障害は統合失調症とは異なった対応が必要となる。

ひきこもりの問題も注目を集めており、平成 22 年には「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」が公表されている。ここでひきこもりとは「様々な要因の結果として社会的参加(義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など)を回避し、原則的には 6 ヶ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態(他者と交わらない形での外出をしてもよい)を指す現象概念」と定義され、その背景には、精神障害、発達障害が多いことも分かってきた。

また認知症等支援が必要な高齢者に対して、介護保険サービスが行なわれているが、地域精神保健医療活動による支援も課題となっている。

社会問題となっている自殺については、精神障害者が自殺既遂者のうち 8 から 9 割に上るとの報告が多い。しかし、それらの当事者も精神科医療を含む様々な支援につながらないまま、自殺既遂に至るケースが多いと思われる。

こうした人たちに共通するのが、支援の必要性は高いにもかかわらず、うまく支援にアクセスできない傾向である。こ

これらの人たちは受診を前提とした支援体制では明らかに不十分であり、支援者側が支援ニーズを見だし、積極的に支援を提供することが求められている。図3で示したように支援の必要性和支援ニーズの可視性は異なった座標軸で考えられなければならない。

3. パーソナリティ障害、アルコール依存、薬物依存など

パーソナリティ障害や依存症もまた精神医療の場面で大きな問題となっている。特にパーソナリティ障害の当事者に対しては、受容的な接し方だけでは支援者に依存的になって、治療関係が膠着状態に陥ってしまうことがあり、医療の場から避けられてきたところがあった。しかしながら、このような人たちは自殺のリスクが非常に高く、支援の必要性が高い。また最近ではこのような人たちに対して「弁証法的行動療法」などが開発されてきている。

以上のような人たちには、医療場面での対応の工夫もさることながら、自ら受診しない人たちを地域で支える体制、その人たちが必要な時には適切に医療機関につなぐ体制が求められている。すなわち、これまで以上に病院と地域との連携協力体制が求められていることができる。保健所など地域支援を行なう機関でもこのような対象に対する支援方法を研修などから学ぶことが望ましい。

このようにメンタルヘルスのニーズの変化は、様々な局面で出てきているが、それは医療機関に受診するという方法だけで解決できるものではない。その当事者のかかえている課題がどのような意味を持っているのかを理解してニーズに合わせて必要なケアを提供していくことが必要であろう。図4は精神障害者の危機事象がさまざまな要因が重なりあって出てくるものであることを示

している。

資料2 精神科リハビリテーションの最近の考え方：

リカバリーを目指した精神科リハビリテーション

「精神疾患をもつ人の治療・支援のゴールは、病気の治癒ではなく“リカバリー”である」という考え方は、精神保健福祉の現場でおおむね定着してきた感がある。精神科リハビリテーションはリカバリーへの道であり、その道のりを当事者がスムーズに歩んでいけるように支えることが、援助者の役割である。しかし、「リカバリーとは何か？」という問いに対する具体的な答えは、立場により多少は異なるものとなる。

臨床家や研究者は測定可能な客観的な指標をもとにリカバリーを定義する傾向にある。リバーマン Liberman RP は「精神障害と回復—リバーマンのリハビリテーション・マニュアル」の中で、リカバリーには、①診断上ほとんど症状が見られない状態が維持されること、②仕事などの年齢に見合った役割を担える活動に、十分もしくは部分的に関与していること、③家族や世話人に依存せずに自立し、日々の必要なことについて自分で責任をもって生活していること、④思いやりのある家族関係があること、⑤普通の場合での余暇活動に参加していること、⑥積極的な交友への参加、仲間同士のよい関係が維持されること、等が必要であるとし、そのような条件が2年以上継続していることを「回復した状態」と定義している。

一方で当事者の立場に立てば、リカバリーにおける主観的な要素が欠かせない。それは将来に対する希望や社会的役割を得ることによる充足感、精神障害に対するスティグマの軽減や権利の擁護、セルフヘルプを通じた安心感などであ

るだろう。なによりリカバリーは「障害をもつ人自身が行うこと」であり、病によって失った希望や自尊心を再び取り戻す挑戦を始め、意義ある人生の目標を達成していく“プロセス（過程）”であるという点は忘れてはならない。

自ら精神の障害をもつデーガン Deegan PE は「Recovery - The lived experiences of rehabilitation」の中で、「リカバリーは過程であり、生き方であり、構えであり、日々の挑戦の仕方である。完全な直線的過程ではない。ときに道は不安定となり、つまずき、やめてしまうが、気を取り直してもう一度始める。必要としているのは、障害への挑戦を体験することであり、障害の制限の中、あるいはそれを超えて、健全さと意志という新しく貴重な感覚を再構築することである。求めるのは、地域の中で、暮らし、働き、愛し、そこで自分が重要な貢献をすることである。」と述べている。

このようにリカバリーは、当事者と支援者の双方にとって共有できる概念として、現在の精神科リハビリテーションにおいて、その重要性は次第に増している。リカバリーの考え方が現場に浸透するにつれ、支援を行う者には、肯定的で受容的な態度が求められるだけでなく、当事者の“希望を喚起する”ことができるスキルも求められるようになってきたことを認識しておくべきであろう

資料3 これからの保健所業務と歴史

1. 保健所活動の強み（情報と権限とネットワークの活用）

①精神保健医療福祉に関連する情報

保健所は、精神保健に係わる情報を豊富に持っており、それらを活用することができる。精神科医療の状況については、病院ごとの在院患者の状況、平均在院日数等が、各種の報告から得られる。さらに、関係機関から相談や報告を通じて、

精神保健福祉による支援が必要な住民の情報が得られ、死亡個票からは、精神疾患を持つものの死亡の状況も一部把握できる。地域福祉資源の情報も、市町村や自立支援協議会、そして障害福祉計画等から得ることができる。このように、保健所は、精神関連情報を把握できる立場にあるが、これらに関係者の協力を得て、有効に活用することが期待される。

②権限

精神科病院の实地審査と精神科病院实地指導には、国の要項で保健所職員の参加が求められており、自治体によっては、その権限を保健所長が持っている。この指導は、事前通告無く行うことも可能であり、実施指導によって、精神保健法上や診療報酬請求上の重大な違反事項が発見されることもある。また指導時には、患者への面接も可能であり、地域移行対象者を直接把握し、地域移行推進への病院の協力を求めることもできる。それ以外にも、措置や移送のための面接や診察実施のための判断を行うのも保健所であり、アウトリーチ推進事業で入院を防いで在宅生活を継続するための判断への関与も期待される。さらに、平成25年度からの保健医療計画には、今までの4疾病に精神疾患が加えられるため、保健所の業務として圏域内の精神保健医療福祉にかかる計画づくりが期待される。

③ネットワーク

保健所は、上記の情報と権限をもって、管内の精神科を含むあらゆる医療機関と常に接触を持っており、市町村とも、各種事業を通じて日頃からの関係性を持っている。保健、医療、福祉にわたるネットワークづくりは保健所の最も得意とするところであるが、このようなネットワークを活用し、精神障害者の地域生活支援や就労支援のための関係者の会議を開催することが求められている。

しかし現状では、精神障害者の地域生活を支えるための生活費（生活保護や年金）、住居、活動の場、ピアサポート等は、医療、福祉に係わる各機関がそれぞれ個別に関わっており、総合的には提供されていない。一部の地域では、精神科病院が、医療だけでなく福祉サービスも提供しているが、必ずしもサービスが地域全体で共有されているとは限らない。今後の展開として、地域サービスの共有化や総合的なケアマネジメントの手法によって、当事者のニーズに基づく支援計画の立案が期待される。

2. 精神保健福祉制度の歴史

精神衛生法の制定（1950）以降の精神保健福祉制度の改正経緯を表 1 にまとめた。精神衛生法（1950）は精神科病院の設置を都道府県に義務づけており、私宅監置を廃止して精神障害者の適切な医療・保護の機会を提供することをめざした。精神衛生法改正（1965）では、保健所は精神保健行政の第一線機関と位置づけられ、精神衛生センターが設置されることになった。また通院医療費公費負担制度が新設された。1966 年には、「保健所における精神衛生業務運営要項」が示された。精神保健法改正（1987 年）は、宇都宮病院事件をきっかけとして、国内外から日本の精神医療体制における人権侵害への批判が高まり、法改正が行われたものである。精神保健福祉法改正（1995 年）は、障害者基本法（1993）の理念をうけたもので、新たに精神障害者保健福祉手帳制度が創設され、社会復帰関連の施設や事業が法定化された。

障害者自立支援法（2005）は、①身体、知的、精神障害のサービスの一元化、②サービス提供主体の市町村への一本化、③支給決定手続きの明確化、④就労支援の強化、⑤安定的な財源の強化がポイントとされた。

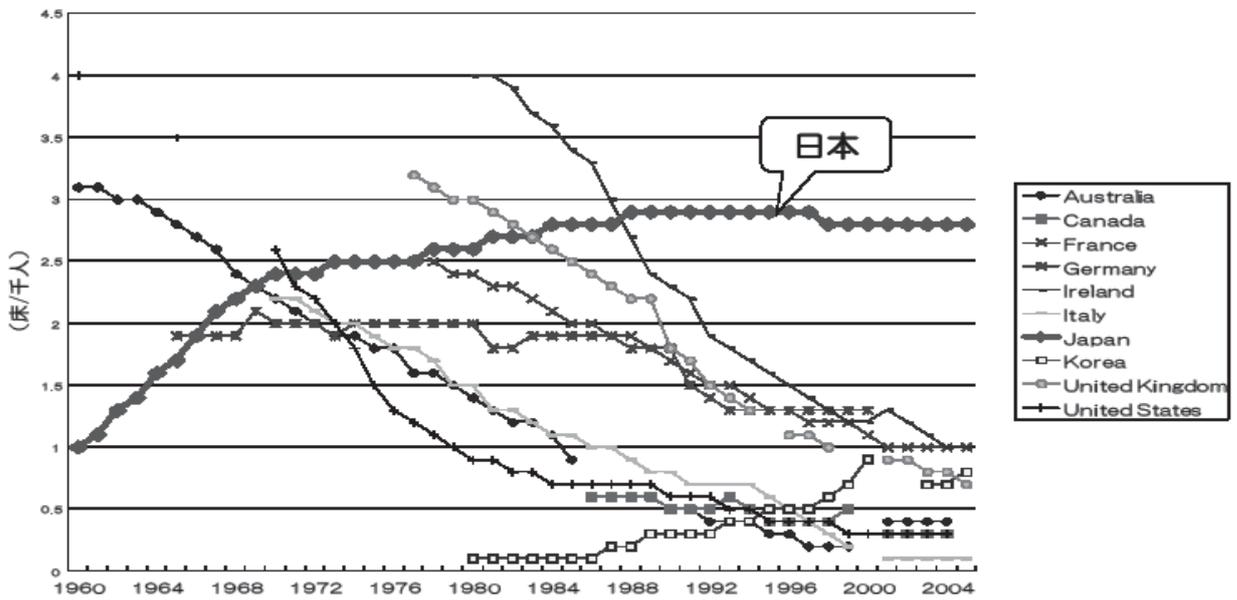
参考資料

- 1) 全国精神保健福祉相談員会編：精神保健福祉相談ハンドブック.中央法規出版 2006
- 2) 特集「措置要件：自傷他害のおそれをどう診立てるかⅠ」.精神科治療学.16（7）.2001
- 3) 特集「措置要件：自傷他害のおそれをどう診立てるかⅡ」.精神科治療学.16（8）.2001
- 4) 西山 詮 精神保健法の鑑定と審査 - 指定医のための理論と実際 -.新興医学出版社.1991

手引き製作委員（○は代表者）

- 野口正行（岡山県精神保健福祉センター）
岩田和彦（大阪府精神科医療センター）
馬場俊明（北海道岩見沢保健所）
柳尚夫（兵庫県洲本保健所）
眞崎直子（日本赤十字広島看護大学）
金田一正史（千葉県障害福祉課、現千葉県精神保健福祉センター）
的場由木（NPO 法人ふるさとのか）
編集協力：竹島正（国立精神・神経医療研究センター精神保健精神保健研究所/全国精神保健福祉連絡協議会）

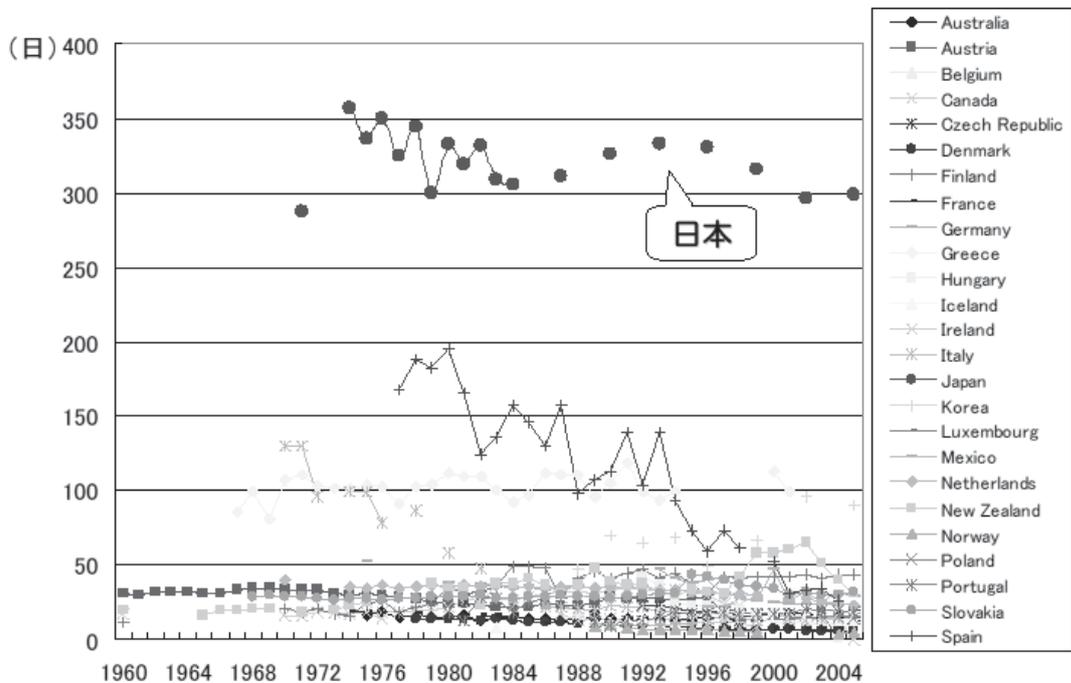
図1 入院病床数の国際比較



厚生労働省：障害保健福祉関係主管課長会議資料
平成23年6月30日 P.10

資料：OECD Health Data 2002（1999年以前のデータ）
OECD Health Data 2007（2000年以降のデータ）

図2 平均在院日数の国際比較

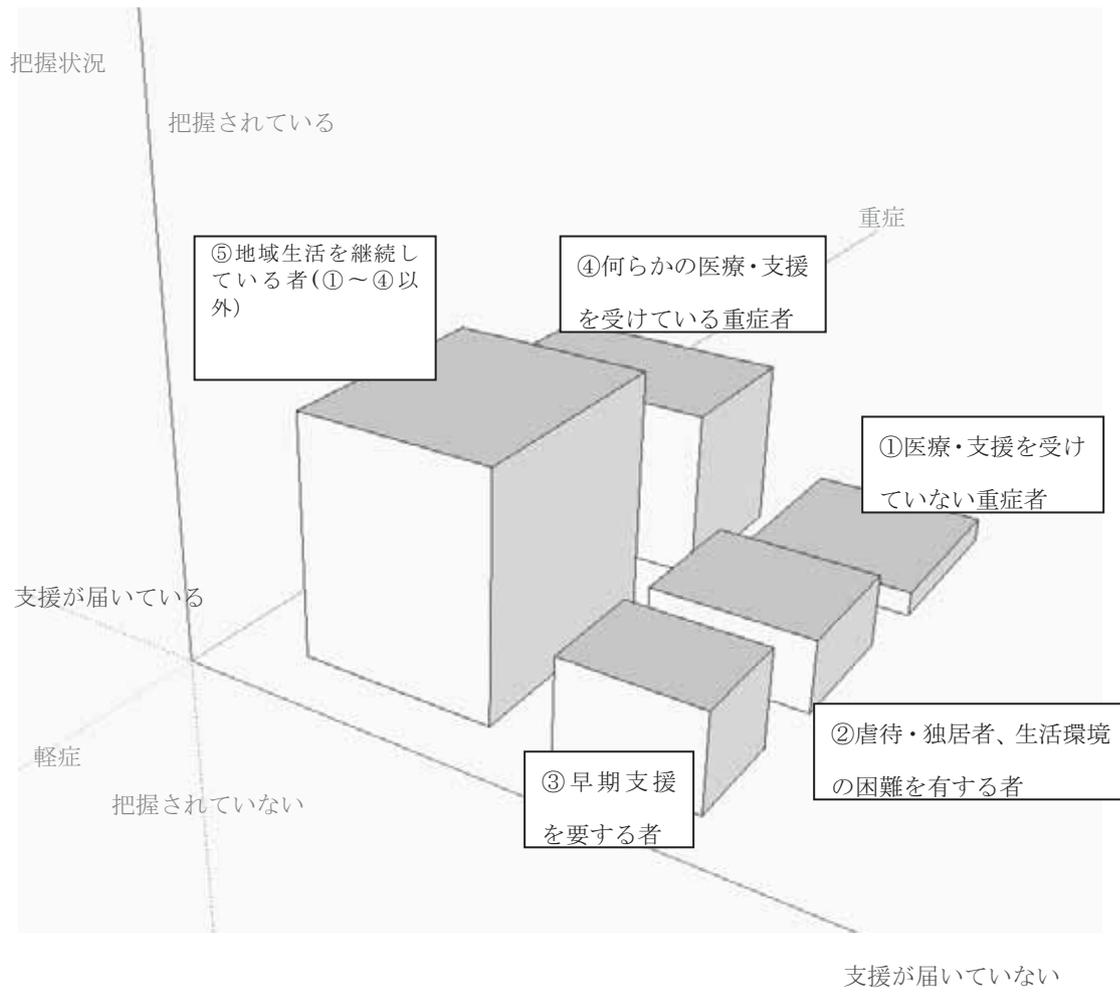


* OECDヘルスデータは全ての精神病棟
を含まないなどの限界がある

資料：OECD Health Data 2002（1999年以前のデータ（ハンガリーは2000年以前））
OECD Health Data 2007（2000年以降のデータ（ハンガリーは2001年以降））
注）1999年以降の日本のデータは患者調査より

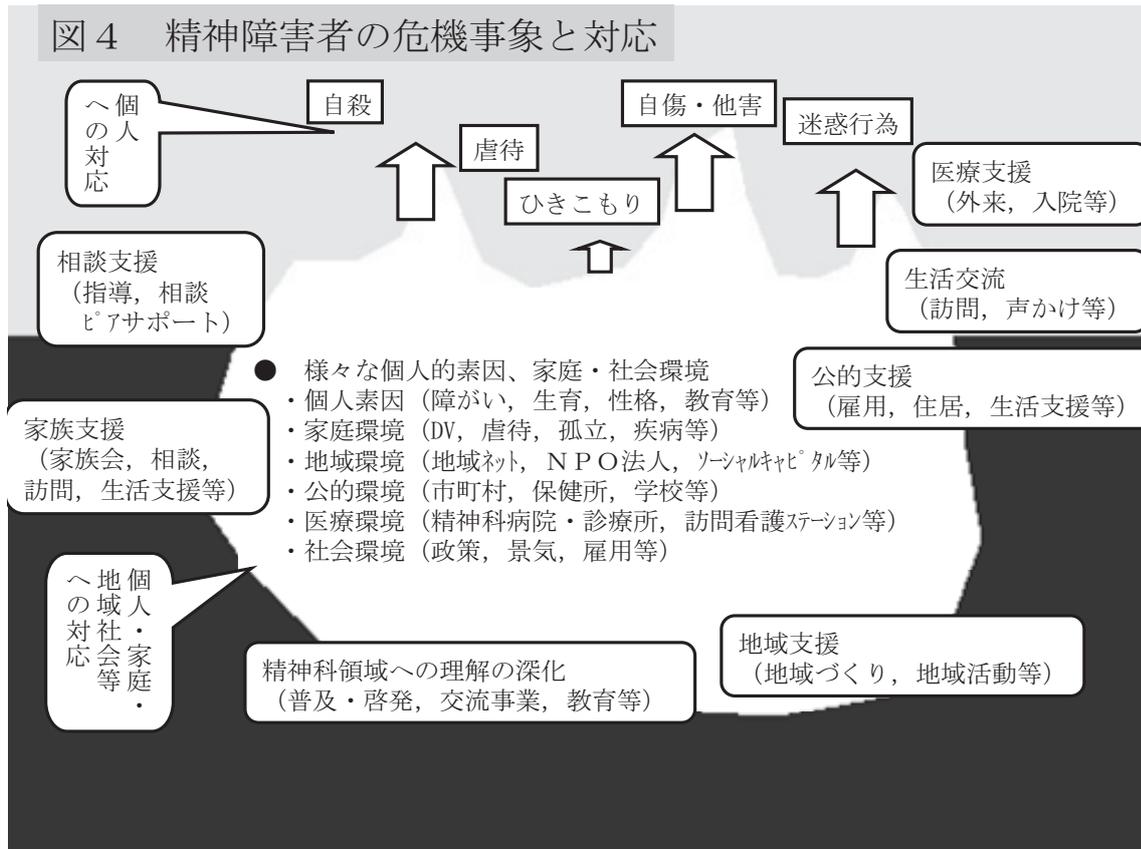
厚生労働省：第5回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料による

図3 支援の必要性の可視性



精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン 平成22年3月による

図4 精神障害の危機事象



精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドラインによる

図5 保健所の課題と機能と今後の機能強化のための見取り図

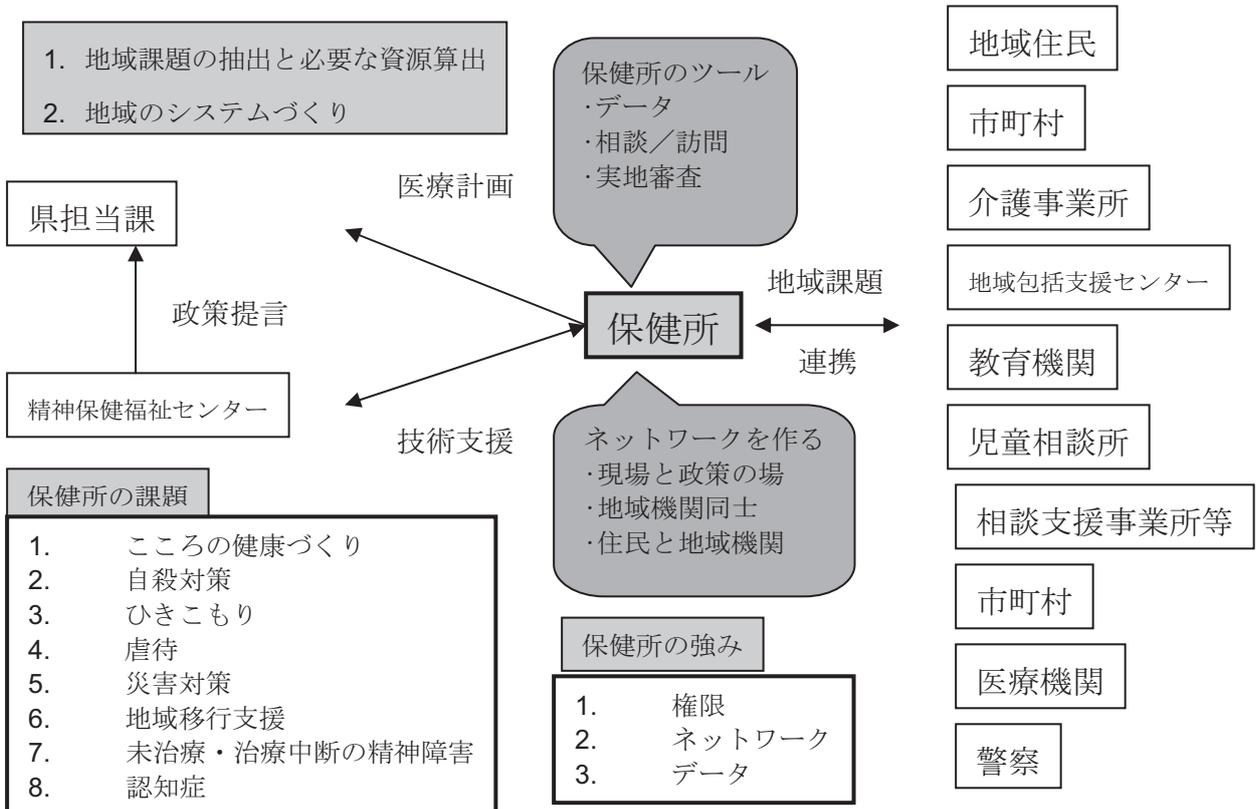


表1. 精神保健福祉制度の経緯

