

精神保健福祉法改正に伴う市町村における 精神保健福祉業務の委譲の状況

ツノダ 角田	マサシ 正史*	ウエノ 上野	フンヤ 文彌 ^{2*}	タケシマ 竹島	タダシ 正 ^{3*}	ミナミ 南	リュウイチ 龍一 ^{4*}
タカオカ 高岡	ミチオ 道雄 ^{5*}	インゲ 石下	キョウコ 恭子 ^{6*}	オオイ 大井	テル 照 ^{7*}	ササキ 佐々木	キョウコ 昭子 ^{8*}

目的 平成14年4月から精神保健福祉法改正により、保健所から精神保健福祉業務の一部が市町村へ委譲された。平成13年10月時点での市町村の業務委譲の現状を調査し、保健所の市町村への支援のあり方の資料とした。

方法 全国3229市町村の内、指定都市、政令市、中核市、東京都特別区を除いた3155市町村から人口10万人未満の500市町村を人口区分より抽出し、精神保健福祉業務の委譲に関するアンケート調査票を送付、回収した。

成績 359市町村から回答を得た（回収率71.8%）。市町村が予算を伴った精神保健福祉業務を実施している頻度は58.5%となった。担当者は保健師と事務職員が多く精神保健の専門職は少なかった。業務委譲の進行状況は64.0%の市町村が担当部門を決めていたが、担当者数まで決めていたのは16.4%であった。社会復帰施設への支援は66.9%の市町村が行っていた。法で平成14年度からの実施の居宅支援サービスに24.2%の市町村がすでに関わりを持っていた。ケアマネジメント従事者研修には59.6%で受講者があり、精神障害者保健福祉手帳交付および通院公費負担事務に専門職を確保しているのが16.2%、プライバシー保護のためのスペース確保が24.2%の市町村であった。業務委譲への住民の反響は22.3%の市町村が反響ありとした。業務委譲の問題として98.6%の市町村が専門職の不足、相談体制等をあげた。保健所への要望については専門的情報の提供、関係機関との連携調整が多かった。

結論 精神保健福祉業務の市町村での実施率は半数を越えているが、担当者に専門家は少数であった。また法に先んじて行われた居宅サービス支援のように市町村が必要に迫られ業務を実施した場合も示唆された。問題に専門職の不足、要望に専門的情報の提供があげられているように、保健所の精神保健に関する専門性を生かした支援が効果的と考える。

Key words : 精神保健福祉法, 精神保健福祉業務, 市町村, 保健所

Ⅰ 緒 言

平成14年4月から精神保健福祉法改正により、保健所から精神保健福祉業務の一部が市町村へ委譲された^{1,2)}。精神障害者の社会復帰や福祉の充

実を図るため、身近な市町村でサービスが受けられるようにするものである。しかし、精神保健福祉業務の委譲にあたっては、すでに市町村の精神保健福祉活動が都道府県によって差があること^{3,4)}や、障害者計画の策定状況をみても、人口規模による格差が懸念されること⁵⁾などが指摘されており、保健所所長会も円滑な業務委譲と市町村に対する支援を行うためには、保健所として委譲の調査、分析を行い、業務委譲への体制作りと問題点を把握する必要があるとしている。そこで、法施行直前の平成13年10月での市町村の業務委譲の受け入れ体制の現状を調査し、問題点を把握し、保健所は市町村をどのように支援すれば良い

* 福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座

2* 富士病院

3* 国立精神神経センター精神保健研究所

4* 熊本県健康福祉部

5* 兵庫県加古川保健所

6* 福島県南保健福祉事務所

7* 板橋区保健所

8* 東京都三鷹武蔵野保健所

連絡先：〒960-1295 福島県福島市光が丘1 福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座 角田正史

かの基礎資料とした。

特に今回は、市町村間の格差が懸念される小規模市町村の状況について調査するため、人口10万人未満の市町村を対象とし調査を行った。

II 研究方法

平成13年10月に市町村の精神保健業務に関する現状、業務委譲の受け入れについて郵送による自記式アンケートにより調査した。回答者は市町村の精神保健福祉業務担当者とした。調査内容は市町村で予算を伴って実施している精神保健福祉業務、精神保健福祉業務を実施している市町村の組織体制、業務委譲の進行状態、精神障害者社会復帰施設に対する市町村の支援、精神障害者居宅生活支援サービスについての市町村の関わり（居宅生活支援事業は平成14年度からの実施だが、すでに実施している市町村があったため「事業」とせず「サービス」と記載）、ケアマネージメント従事者養成研修、精神障害者保健福祉手帳の交付事務と通院医療費公費負担事務について平成14年4月以降への対応、障害者計画、精神保健福祉計画、業務委譲に関する地域住民の反響、市町村への業務委譲に関する問題点、業務委譲に関する都道府県や保健所への要望についてであった。一部に自由記載欄を設けたが、基本は選択回答方式を採用した。

今回の市町村へのアンケート調査票の郵送先は、全国の市町村から、指定都市・中核市・政令市を除外した3155市町村から、500市町村（15.8%）を抽出した。抽出に当たっては、まず人口別に①5千人未満、②5千人以上1万人未満、③1万人以上3万人未満、④3万人以上5万人未満、⑤5万人以上10万人未満と区分した。区分別の自治体数の全体の数に対する割合から、人口区分別の送付件数を決定した（①5千人未満64、②5千人以上1万人未満107、③1万人以上3万人未満188、④3万人以上5万人未満67、⑤5万人以上10万人未満74）。そこから無作為にアンケートを送付する自治体を選定した。人口区分別の回収率は、人口1万未満と以上、人口3万未満と以上のいずれの比較でも有意差はなかった。

分析にあたっては、人口による特性を示すために市となれる要件を満たす人口である人口3万人未満と3万人以上の人口別に回答の比率の差を

χ^2 検定で比較した。また項目間の関連を χ^2 検定で検討した。全国を北海道・東北（回答72市町村）、関東（東京を含む、102）、東海（62）、近畿（47）、中国・四国（33）、九州（43）と分けブロック別に回答の比率の分布を χ^2 検定で検討した。

III 研究結果

1. 市町村で予算を伴い実施している精神保健福祉業務

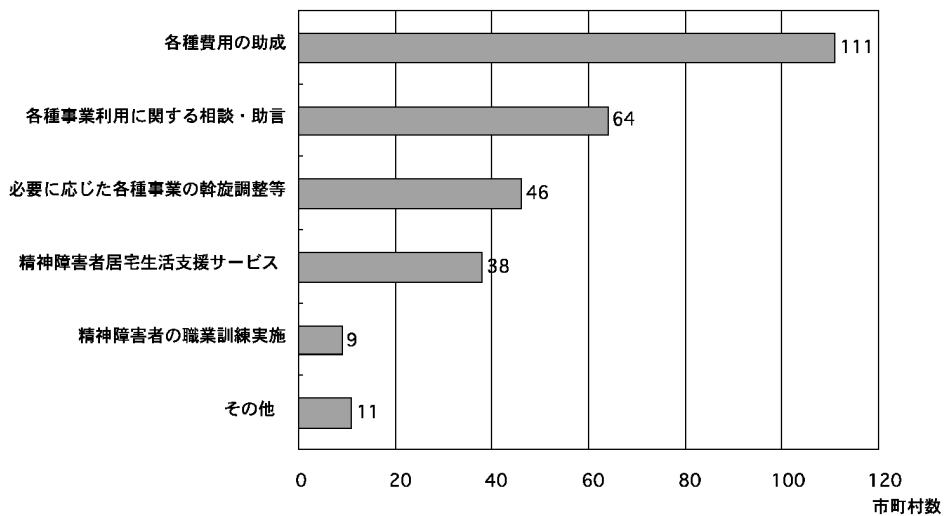
359市町村からの回答で、何らかの精神保健業務を実施しているのは210市町村（58.5%）で、全く何の事業も実施していない市町村は131（36.5%）であった。無回答は18（5.0%）であった。図1に業務内容を示した。何らかの精神保健業務を実施している210市町村中136市町村は業務数が1つ、53市町村は2つであり、何らかの業務を実施している市町村の88.4%が業務数は1~2であった。主な業務は、「各種費用の助成（医療費を含む）」が111市町村、「相談・助言」64市町村、「斡旋・調整等」46市町村となった。業務数の総計が279であるので、この3事業が全体の約8割（ $221/279=79.2\%$ ）を占めた。

人口との関連では、無回答18市町村を除き検討すると人口が3万人以上の市町村は75.0%（ $75/100$ ）が何らかの業務を行っており、3万人未満の56.0%（ $135/241$ ）に比べ有意に高かった（ $P<0.001$ ）。一方、人口が5万以上10万未満の市で業務をしていない所があり、また5事業実施の人口2万5千人の町、4事業実施の人口2千人以下の村、1万4千人の町、5万人弱の市があった。助成内容は、「作業所への交通費助成」が35市町村で、「その他の交通費助成」31市町村を加えると交通費助成に関しては66市町村となった。他に「医療費助成」24市町村、「手当金等の支給」8市町村、「家族会・作業所への補助」24市町村であった（複数回答）。

2. 精神保健福祉業務実施の市町村の組織体制

市町村の精神保健福祉業務の担当部門は、「保健の部門」85市町村（40.5%）、「福祉の部門」が62市町村（29.5%）、「保健と福祉統合の部門」が38市町村（18.1%）、「保健と福祉の両課を統合せずに2つの課で対応する」と回答した市町村が21（10.0%）、「その他」1市町村、無回答3市町村であった。

図1 市町村が実施している精神保健福祉業務（複数回答）



業務実施210市町村の担当者は保健師（126市町村，60.0%）と事務職員（132市町村，62.9%）が主であった。専門職としては講習受講によって取得できる精神保健福祉相談員が5市町村に1人ずつ，国家資格である精神保健福祉士が4市町村に1人ずつの配置であった。栄養士は23市町村，看護師が10市町村に配置されていた。職種重複分を差し引いた担当実人数を記載するように求めた項目に関しては116市町村の回答にとどまった（無回答94）が，1人が28市町村（24.1%），2～3人が34市町村（29.3%），4～5人が25市町村（21.6%），6～7人が18市町村（15.5%），8～9人が7市町村（6.0%），10人以上配置が4市町村（3.4%）あった。担当4～5人までが75%となった。

3. 業務委譲の進行状態

業務委譲に対応する組織体制の計画については，「担当課・係および担当者数決定」が59市町村（16.4%），「担当課・係のみ決定」が171市町村（47.6%）で，計230市町村（64.0%）が業務委譲に対応する組織体制の計画を決めていた。組織体制が決まっていない所は128市町村（35.7%），無回答1であった。

230市町村の担当部門については，「保健と福祉の統合部門」を予定しているのは93市町村（40.4%），「福祉部門」は67市町村（29.1%），「保健部門」は28市町村（12.2%），「福祉と保健

の両部門で担当」が42市町村（18.3%）であった。

担当者数を決定と回答した59市町村の担当者職種（複数回答）は，45市町村が保健師を1人以上配置予定で，その内5市町村は6人以上配置予定であった。精神保健福祉士の配置は3市町村，精神保健福祉相談員配置は2市町村であった。事務職員は44市町村が配置し，1人配置が30市町村，2人，3人配置がそれぞれ6市町村，4人配置は2市町村であった。他の職種では管理栄養士が4市町村，看護師（臨時，嘱託含む）が3市町村であった。

14年4月から予定される担当者の実人数（重複を差し引いた数）については37市町村から回答があった。14人，9人の配置が各1市町村で他は7人以下であった（1人が2市町村，2～3人が16市町村，4～5人が7市町村，6～7人が10市町村）。

4. 精神障害者社会復帰施設と市町村の支援体制

表1に精神障害者復帰施設と市町村の支援を示した。最多は小規模作業所への補助金交付であった。「施設がある」，「補助金交付」，「設置主体」のいずれかに該当した場合を何らかの関わりがあるとすると，359市町村のうち240市町村（66.9%）が精神障害者社会復帰施設のいずれかと何らかの関わりをしていた。精神障害者生活訓練施設には23市町村が何らかの関わりがあり，精神障害者授産施設は27市町村，福祉ホームには8市町村が関

表1 精神障害者社会復帰施設と市町村支援
(複数回答)

施設	施設がある	補助金交付	設置主体
精神障害者生活訓練施設	18(5.0%)	5(1.4%)	2(0.6%)
精神障害者授産施設	15(4.2%)	14(3.9%)	2(0.6%)
精神障害者福祉ホーム	7(1.9%)	1(0.3%)	0(0 %)
精神障害者福祉工場	0(0 %)	0(0 %)	0(0 %)
精神障害者地域生活支援センター	19(5.3%)	7(1.9%)	4(1.1%)
精神障害者小規模作業所	82(22.8%)	146(40.7%)	13(3.6%)
他の障害者小規模作業所	60(16.7%)	53(14.8%)	31(8.6%)
その他	25(7.0%)	0(0 %)	0(0 %)

わりがあった。精神障害者福祉工場は該当市町村がなかった。精神障害者地域生活支援センターに25市町村、精神障害者小規模作業所に171市町村、他の障害者小規模作業所には96市町村が何らかの関わりがあった。

精神障害者社会復帰施設全般に関して市町村が施設や利用者に対する具体的な斡旋・調整・利用の要請、相談・助言等に関与している状況については、169市町村(47.1%)が何らかの関与をし、特になしが148市町村(41.2%)であった(無回答42)。関与内容(複数回答)は、「利用上の相談助言」が124市町村、「利用上の具体的な斡旋・調整・利用の要請」が61市町村、「その他の関与」が55市町村であった。「利用上の相談助言」と「利用上の具体的な斡旋・調整・利用の要請」のいずれかに該当は134市町村であった。どちらにも該当していない225市町村のうち、54市町村が「平成14年4月から実施予定」であったが、43市町村が「実施時期未定もしくは14年5月以降」で、「実施予定なし」が23市町村、「その他」が33市町村、無回答78であった。

精神障害者社会復帰施設等との実質的な関わりについて、精神障害者社会復帰施設への「利用に対する斡旋・相談等の具体的関与」に「補助金の交付」「設置主体」を加え、これらのいずれかに該当と回答したのは、359市町村のうち250市町村(69.6%)であった。

5. 精神障害者居宅生活支援サービスと市町村

精神障害者居宅支援サービスへの市町村の関わりは、精神障害者地域生活援助事業(グループ

ホーム)に関しては「実施されている」が12市町村、「補助金交付」が10市町村、「実施主体となっているものがある」が2(複数回答、いずれかに該当は21市町村)、精神障害者居宅介護等支援事業(ホームヘルプ)に関して「実施されている」が34市町村、「補助金交付」が4市町村、「実施主体となっているものがある」が31市町村(いずれかに該当は50市町村)、精神障害者短期入所事業に関して「実施されている」が3市町村、「実施主体となっているものがある」が2(いずれかに該当は5)であった。これらいずれか一つに該当する市町村は計71(19.8%)であった。精神障害者居宅支援サービスへの関わりについて「利用上の相談・助言」「利用上の具体的要請」「その他の関わり」に分け質問したところ、いずれかに回答したのは87市町村(24.2%)であった。その内訳は(複数回答)「利用上の相談・助言」に74市町村、「利用上の具体的要請」34市町村であった。

6. ケアマネージメント従事者養成研修

ケアマネージメント従事者養成研修についての職員の受講については「受講(予定)者がいる」は214市町村(59.6%)、「必要あるが受講できない」90市町村(25.1%)、「受講の必要なし」9市町村(2.5%)であり、「その他」は38市町村で、その内、検討中は7市町村であった(無回答8)。

7. 精神障害者保健福祉手帳の交付事務と通院公費負担事務の実施について(平成14年4月以降への対応)

表2に精神障害者保健福祉手帳の交付事務と通院医療費公費負担事務の実施の準備状況をまとめた。専門職を「確保済み(予定有りを含む)」は16.2%にとどまり、相談スペースの「確保済み」も24.2%であった。専門職を「確保済み」と「検討中」を合わせると217市町村(60.4%)であり、プライバシー保護の相談スペース確保については、「確保済み」および「検討中」は242市町村(67.4%)、担当者の研修については、「確保済み」および「検討中」は295市町村(82.2%)であった。

専門職を「確保済み」か「検討中」の市町村は、プライバシー保護のための相談スペースを「確保済み」か「検討中」なのが85.6%(185/216)と、専門職の確保を「検討していない」市町村の39.3%(53/135)に比べ有意に高かった($P < 0.001$, 無

表2 精神保健福祉手帳の交付事務等の実施における、専門職、プライバシー保護のための相談スペース、担当者研修確保について

	確保済み 又は予定 有り	検討中	検討して いない	無回答
専門職の確保	58 (16.2%)	159 (44.3%)	135 (37.6%)	7 (1.9%)
相談スペース	87 (24.2%)	155 (43.2%)	113 (31.5%)	4 (1.1%)
担当者研修	129 (35.9%)	166 (46.2%)	55 (15.3%)	9 (2.5%)

回答8を除く)。また専門職を「確保済み」か「検討中」の市町村は、担当者の研修も「確保済み」か「検討中」なのが95.3% (204/214) と、専門職の確保を「検討していない」市町村の65.6% (86/131) に比べ有意に高かった ($P < 0.001$, 無回答14を除く)。そしてプライバシー保護のための相談スペースを「確保済み」か「検討中」の市町村は、担当者研修を「確保済み」か「検討中」が96.3% (231/240) と、相談スペースの確保を「検討していない」市町村の57.4% (62/108) に比べ有意に高かった ($P < 0.001$, 無回答11を除く)。

8. 市町村の障害者計画策定について

表3に市町村の障害者計画の策定についてまとめた。「策定済み」と「策定中」を合わせると288市町村 (80.2%) であった。「その他」と回答した29市町村 (8.1%) も、「検討中」か「14年度に予定・予定有り」が多く、「策定の予定なし」は41市町村 (11.4%) に過ぎない。人口が3万人以上の市町村は、障害者計画を「策定済み」か「策定中」と回答したのが93.2% (97/104) と3万人未満の市町村の75.2% (191/254) に比べ有意に高かった ($P < 0.001$, 無回答1を除く)。

9. 精神保健福祉計画について

障害者計画を「策定済」「策定中」と記載した288市町村のうち261市町村 (90.6%) が精神保健福祉計画について「記載されている」(241市町村)「記載を検討中」(20市町村)と回答した。「記載はなく、検討も行っていない」と回答したのは17市町村 (5.9%) であった (無回答10)。障害者計画を「策定済み」か「策定中」の市町村で、人口が3万人以上の自治体は、精神保健福祉に関する計画が「記載されている」か「記載を検討中」

表3 障害者計画の策定

項目	回答市町村数
策定済み	234(65.2%)
策定中	54(15.0%)
策定の予定なし	41(11.4%)
その他	29(8.1%)
無回答	1(0.3%)

表4 精神保健福祉業務事務委譲への反響 (複数回答)

項目	回答市町村数 (%)
相談・申請が身近でできる	34(9.5%)
近距離で相談できる	25(7.0%)
公所でのプライバシー保護の危惧	39(10.9%)
公所での専門的対応の危惧	26(7.2%)
行政サービスの格差の危惧	18(5.0%)
その他	14(3.9%)
特になし	278(77.4%)
無回答	1(0.3%)
合計	359

が97.9% (92/94) と、3万人未満の91.8% (169/181) に比べ有意に高かった ($P < 0.05$, 無回答10を除く)。

10. 市町村への業務委譲に関する地域住民の反響

表4に業務委譲に関する地域住民からの反響があった市町村数を選択肢別に示した。359市町村のうち80市町村 (22.3%) が何らかの反響ありと回答し、プライバシー保護や専門的対応に関する危惧がある一方、身近な相談への利点があげられた。住民から「近距離で相談できる」という意見があった市町村では、「公所でのプライバシーの保護の危惧」の意見があったのが44.0% (11/25) で、それ以外の市町村で「公所でのプライバシー保護の危惧」があった8.4% (28/334) に比べ有意に高かった ($P < 0.001$, 無回答1を除く)。「公所での専門的対応の危惧」の意見があった市町村では、精神保健の「行政サービスの格差の危惧」の意見ありが50.0% (13/26) で、それ以外の市町村の1.5% (5/332) に比べ有意に高かった ($P < 0.001$, 無回答1を除く)。

表5 精神保健福祉業務事務委譲の問題点
(複数回答)

項目	回答市町村数 (%)
専門知識の不足	316(88.0%)
相談体制の整備	246(68.5%)
関係機関との連携	235(65.5%)
予算確保	182(50.7%)
地域への周知広報	151(42.1%)
ボランティアの確保	107(29.8%)
その他	44(12.3%)
特になし	4(1.1%)
無回答	1(0.3%)
合計	359

11. 市町村への業務委譲に関する問題点

359市町村のうち、354市町村(98.6%)が延べ1281の問題点を挙げ平均3.6項目となった。表5に選択肢別の回答市町村数を示した。「専門知識の不足」「相談体制の整備」「関係機関との連携」が多く、「地域への周知広報」も問題であった。

「相談体制の整備」が問題と回答した市町村は、精神障害者保健福祉手帳の交付事務と通院公費負担事務の実施にプライバシー保護の相談スペースを「確保済み」が14.5%(35/241)で、問題と回答しなかった市町村でスペースを「確保済み」が45.5%(51/112)なのに比べて有意に低かった($P<0.001$, 無回答6を除く)。「予算の確保」が問題とした市町村は、精神保健福祉業務を行っているのが67.8%(116/171)で、問題としなかった市町村が精神保健福祉業務を行っているのが55.3%(94/170)なのに比べて有意に高かった($P<0.05$, 無回答18を除く)。

12. 業務委譲に関して都道府県や保健所への要望

357市町村(99.4%)が延べ1660の要望を出し平均4.6項目となった。「特になし」は2であった。表6に選択肢別の市町村数をまとめた。情報提供、連絡調整、研修関係の要望が多かった。人的支援の内容は専門職の精神保健福祉士・精神保健福祉相談員等を求めている。

都道府県や保健所に精神保健福祉関係事務(精神障害者保健福祉手帳交付事務、通院医療費公費負担事務等)についての研修を要望している市町村は、担当者の研修を「確保済み」と答えたのが

表6 精神保健福祉業務事務委譲に関する都道府県や保健所への要望(複数回答)

項目	回答市町村数 (%)
精神障害者保健福祉手帳交付事務・通院医療費負担事務等についての研修	246(68.5%)
精神保健福祉全般についての研修	240(66.9%)
関係機関等との連絡調整	251(69.9%)
家族会・断酒会等との連携	145(40.4%)
精神保健福祉に関する専門的な情報の提供	277(77.2%)
精神保健福祉に関する他の市町村の情報	186(51.8%)
業務についての人的支援	168(46.8%)
財政的支援	121(33.7%)
その他	26(7.2%)
特になし	2(0.6%)
合計	359

27.4%(65/237)で、それ以外の市町村の「確保済み」57.1%(64/112)に比べ有意に低かった($P<0.001$, いずれかの項目に無回答10を除く)。

13. ブロック別比較

ブロック別に回答頻度の分布に有意性がみられたものを表7にまとめた。業務委譲の「担当課・係が決まっていない」のが九州、北海道・東北が約5割と高かった。精神障害者社会復帰施設に関して「施設や利用者に対する具体的な斡旋、調整、利用の要請」に関わっていると回答率が高いのが北海道・東北であった。「施設や利用者に対する相談・助言」が高いのが中国・四国、北海道・東北で、低いのは九州と東海であった。この2つのいずれかをすでに実施または平成14年4月からの実施が高いのが中国・四国、近畿で、低いのが九州であった。精神障害者福祉手帳の交付事務および通院医療費公費負担事務の実施に向け、専門職の確保を「検討していない」との回答が低いのが関東や東海で、高いのは北海道・東北、近畿であった。プライバシー保護のスペースについて「検討していない」が低いのは関東、中国・四国で、高いのが近畿や九州であった。障害者計画策定については「策定済み」の回答が低いのが北海道・東北、関東で、「策定済み」に「策定中」を含めても北海道・東北、関東が低かった。都道府県や保健所に対する要望に「業務に関

表7 ブロック別に回答に差が見られた項目

項目	北海道・東北	関東東京含む	東海	近畿	中国・四国	九州	p value
市町村への事務委譲について担当課・係が決まっていない 注1)	48.6% (35/72)	24.5% (25/102)	37.1% (23/62)	25.5% (12/47)	33.3% (11/33)	52.5% (22/42)	$P<0.01$
精神障害者社会復帰施設全般に関し施設や利用者に対する具体的な斡旋・調整・利用の要請 注2)	35.0% (21/60)	15.2% (14/92)	15.8% (9/57)	14.0% (6/43)	14.3% (4/28)	18.9% (7/37)	$P<0.05$
精神障害者社会復帰施設全般に関し施設や利用者に対する相談・助言 注2)	53.3% (32/60)	34.8% (32/92)	29.8% (17/57)	37.2% (16/43)	57.1% (16/28)	29.7% (11/37)	$P<0.05$
施設や利用者に対する「具体的な斡旋、調整、利用の要請」及び「相談・助言」について既の実施または平成14年4月からの実施 注3)	57.9% (33/57)	64.6% (53/82)	49.0% (24/49)	75.0% (27/36)	76.2% (16/21)	38.9% (14/36)	$P<0.01$
精神障害者福祉手帳の交付事務及び通院医療費公費負担事務の相談指導にあたる専門職の確保を検討していない 注4)	51.4% (36/70)	26.5% (27/102)	35.0% (21/60)	46.7% (21/45)	37.5% (12/32)	41.9% (18/43)	$P<0.05$
精神障害者福祉手帳の交付事務及び通院医療費公費負担事務のプライバシー保護のためのスペースについて検討していない 注5)	39.4% (28/71)	16.7% (17/102)	36.7% (22/60)	44.2% (19/43)	28.1% (9/32)	44.2% (19/43)	$P<0.05$
障害者計画策定済み 注6)	45.1% (32/71)	61.8% (63/102)	72.6% (45/62)	80.9% (38/47)	78.8% (26/33)	69.8% (30/43)	$P<0.01$
障害者計画策定済み+策定中 注6)	56.3% (40/71)	76.5% (78/102)	90.3% (56/62)	97.9% (46/47)	90.9% (30/33)	88.4% (38/43)	$P<0.01$
都道府県や保健所に対し業務に関する人的支援要望	30.6% (22/72)	57.8% (59/102)	45.2% (28/62)	66.0% (31/47)	30.3% (10/33)	41.9% (18/43)	$P<0.01$

注1) 九州に無回答1。

注2) 北海道・東北に無回答12, 関東に無回答10, 東海に無回答5, 近畿に無回答4, 中国・四国に無回答5, 九州に無回答6。

注3) 北海道・東北に無回答15, 関東に無回答20, 東海に無回答13, 近畿に無回答11, 中国・四国に無回答12, 九州に無回答7。

注4) 北海道・東北に無回答2, 東海に無回答2, 近畿に無回答2, 中国・四国に無回答1。

注5) 北海道・東北に無回答1, 東海に無回答2, 近畿に無回答4, 中国・四国に無回答1。

注6) 北海道・東北に無回答1。

する人的支援」をあげた市町村が多いのが近畿、関東であった。

数が少ないので有意性の検討は行わなかったが、住民意見に市町村間で精神保健の行政サービスに差が出るという危惧があったという回答が高いのが近畿15.2% (7/46, 無回答1) で、他は九州9.3% (4/43), 北海道・東北2.8% (2/72), 関東4.9% (5/102), 東海と中国・四国は0であった。

IV 考 察

2000年時点の調査によると市町村が行っていた精神保健福祉活動では家庭訪問指導や所内相談が

5割を越えていたが、他の実施業務は低かった⁶⁾。2000年12月に全国精神障害者家族会連合会が、全国の市区町村(特別区を含む)に対して行った調査では、市区町村で、いずれの事業も実施していないとの回答が22.6%であった⁷⁾。今回の調査では小規模市町村が対象で、予算を伴った精神保健福祉業務と限定して質問したため、精神障害者施策が進行しているかどうか、比較は難しい。業務数が1~2が大半だが、予算を伴った精神保健福祉業務の市町村での実施が半数を越えていた。各種費用の助成(交通費が多い)、相談・助言、斡旋・調整等の3事業が全体の8割を占めた。これらの実行が小規模市町村で今後精神保健の業務を

推進するポイントと考える。

人口との関連では、3万人以上の市町村は精神保健業務の実施が多かった。3万人以上の市町村は障害者計画の策定、障害者計画に精神保健計画の記載の頻度も高かった。大分県の平成9年の障害者計画の策定で、1万人以上の市町村でほとんどが計画に取り組み、1万人未満では未検討が多かった例があり⁵⁾、自治体規模による格差は懸念される。しかし、個別には業務を行っていない市がある一方、少ない人口で複数の業務を行っている町村があり、精神保健福祉への関心の度合いが実施を左右する場合もあると考える。財政と人口と必ずしも一致はしないが、予算の確保に問題ありとした市町村は、精神保健福祉業務を行っている頻度はむしろ高く、業務の実行により予算の確保が問題となる一面を持ちつつ、事業は行われていた。

市町村の担当部門は保健部門が多く、主な担当者は保健師と事務職であった。実人数で10人以上配置の市町村があったが、これは業務を兼務している者を含め課・係の全員を人数として記入した可能性がある。実人数の回答があった市町村の75%が4~5人までの配置であった。担当に専門家を置いている市町村が少数という問題があり、住民から専門的対応の危惧があった市町村では、行政サービスの格差の危惧の意見もあがっており、サービス格差が生じるのを防ぐ保健所の支援が必要と考える。

業務委譲の進行に関し、64%の市町村が組織体制を決めていたが、担当者数まで決めているのは16%にとどまった。今後の組織体制としては、保健と福祉統合部門が多く、担当者としては保健師が多く、担当総人数からは、現在と大きな違いはみられない。市町村への業務委譲に関し精神保健福祉活動を先駆的に展開してきた川崎市の統計を基にした埼玉県の試算では、必要人員は人口5万人で1.36人であった⁸⁾。大阪府は市町村移管による業務量を算定し、人口10万人当たりの精神保健福祉事務、相談・訪問、関連業務で常勤約1人(ケアマネージメント導入の場合は2人)が必要とした⁹⁾。埼玉の推計は業務が定着に向かいつつある段階で業務内容を予測したもの、大阪のものは14年のスタートにすぐ対応の必要な業務量の推計と評価されている¹⁰⁾。2000年時点では精神福祉

活動が市町村で保健師活動に占める割合は5%以内とした保健師の回答が58%であった⁶⁾が、今後、活動に占める割合は当然高くなるであろう。精神保健業務の市町村委譲を論じる上で市町村の一番の問題は保健師不足とする指摘¹¹⁾もある。担当人数の決定には試算を参考に増大する業務量に対応した人員確保が必要と考える。

市町村の社会復帰施設への関与は、小規模作業所が最多で、内容は利用上の斡旋や要請・相談助言と財政的支援が多かった。大分の平成9年の調査でも市町村の事業で最多は小規模作業所の助成で、精神障害者への福祉施策の始めと評価されている⁵⁾。利用上の斡旋か要請・相談助言のいずれかを行っている市町村は134市町村であったが、残りの225市町村のうち実施時期が決まっていたのは54にとどまった。この点からも市町村間の格差が懸念される。

精神障害者居宅支援サービスについては、「実施されている」「補助金交付」「実施主体である」のいずれかに19.8%の市町村が該当していた。このように法に先んじて居宅サービス支援事業が行われていた事から、必要に迫られた市町村があった事が示唆された。

ケアマネージメント従事者養成研修について受講者は6割にとどまり、必要があるが受講できないとの回答もあった。受講できない理由は、予算と職員(職種、人数等)の問題であろう。精神障害者保健福祉手帳交付事務と通院公費負担事務の実施に関しては専門職の確保が16%、相談スペース確保が24%、担当者研修確保が36%であった。これらの項目には相互に関連があり、一つの項目で準備が進んでいる自治体では他の項目でも準備が進んでいた。

障害者計画の策定は予定がないのは11%であった。北海道・東北、関東で策定しているとの回答が低く地域差が示唆される。なお大分では平成12年3月末で全市町村が策定済みであった⁵⁾。障害者計画を策定していれば90%が精神保健計画を記載しているか、検討中であった。

地域住民の反響は22%にとどまり、業務委譲が地域に十分知られていない可能性がある。業務委譲の利点を生かすためにも、住民への周知は必要である。地域への周知広報は、市町村があげた問題点にもあった。住民の意見に近距離で相談でき

るという利点があげられたところでは、プライバシー保護の危惧が多かった。身近な場所での相談には必然的にプライバシー保護の問題の不安が起きる可能性があり、体制の整備を行い、かつ整備の状況を住民に周知することが必要と考える。

市町村があげた問題点は、相談体制の整備を問題とした市町村がプライバシー保護のスペース確保が遅れているように、現実の問題の反映である。専門知識の不足が最多で、保健所には情報提供や研修関係など専門的な支援が要求されている。市町村保健師が保健所への要望に研修会開催をあげた調査⁶⁾もある。精神保健関係事務の研修を要望した市町村は、担当者の研修の確保の頻度が低かった。保健所は、情報提供や研修の開催を積極的に行い、市町村の参加を促す必要があると考える。

また、半数以上の市町村が予算確保を問題とし、要望では財政支援は多くはないが、財政支援も必要と考える。保健所への人的支援の要望は市町村の保健師等の専門家の不足のためと考えられ、同行訪問等の技術支援は可能である。ブロック別の検討では、担当部門の決定、精神障害者保健福祉手帳の交付事務および通院医療費公費負担事務など様々な面で地域差がみられた。保健所は管轄地域の実状の把握に務めるべきであろう。

以上より精神保健福祉業務の市町村委譲に関しては、委譲を進め自治体による格差が生まれないうように、保健所は地域を把握しつつ、専門的観点からの支援が必要と言える。現実的には同行訪問などの技術支援が考えられる。今後地域の情報を直接把握する機会が困難事例の相談援助に限定された場合、地域全体の把握に地域関係機関との積極的な協働の重要性が指摘されている¹²⁾。神奈川県における市町村と保健所の連携¹³⁾や、市町村保健師の保健所実務研修の紹介の報告¹⁴⁾などを参考に、保健所と市町村の間で効果的な連携を構築する必要がある。

V 結 語

精神保健福祉業務の市町村での実施率は半数以上だが、担当者に専門家は少数であった。問題点に専門職の不足、要望に専門的情報の提供があげ

られており、保健所の精神保健に関する専門性を生かした支援が効果的と考える。

本調査研究は、全国保健所所長会の中に精神保健福祉研究班を設置し、平成13年度の「地域保健総合推進事業」の一つとして実施した。

(受付 2002.10.31)
採用 2003.11.21)

文 献

- 1) 高階恵美子. 精神障害者の地域生活を支える精神保健福祉行政. 保健婦雑誌 2001; 57: 828-834.
- 2) 益子 茂. 改正精神保健福祉法施行にあたって. ころの健康 2001; 16: 37-43.
- 3) 守田孝恵. 保健所再編に伴う地域精神保健福祉活動の方向性～再編後の現状と展望～. 病院・地域精神医学 2000; 43: 356-363.
- 4) 守田孝恵, 山崎秀夫. 地域の精神保健福祉活動の構造化に関する研究—全国の保健所と市町村の活動を中心に—. 病院・地域精神医学 2001; 44: 237-243.
- 5) 東保みづ枝, 松尾佳子. 保健所から市町村への精神保健福祉業務移行を前に—精神保健福祉ガイドブック作成の試み—. ころの健康 2000; 15: 21-28.
- 6) 藤巻秀子, 堀井とよみ, 田口良子, 他. 全国精神保健福祉活動に関する調査からみえた現状と課題. 保健婦雑誌 2001; 57: 836-841.
- 7) 小澤 温. 全国市町村の実態調査から読みとる現状と可能性. 季刊地域精神保健福祉情報 2001; 9: 42-45.
- 8) 天野宗和. 精神保健福祉業務の市町村移管に伴う推定業務量について 1. 地域保健 2000; 31: 82-88.
- 9) 米田正代. 精神保健福祉業務の市町村移管に伴う業務量について 2. 地域保健 2001; 31: 89-95.
- 10) 竹島 正. 市町村における精神保健福祉業務の取り組みと業務量. 地域保健 2000; 31: 96-99.
- 11) 菊池頌子. 精神保健事業の市町村委譲の問題. ころの健康 2001; 16: 44-45.
- 12) 浅沼奈美, 丸山美知子, 藤田利治. 保健所保健婦の精神保健福祉活動の機能と役割 東京都の保健婦の意識調査から. 保健婦雑誌 2002; 58: 146-153.
- 13) 貝原和子. 神奈川県における連携事例 保健所とともに取り組んできた精神保健事業の30年. 保健婦雑誌 2001; 57: 856-860.
- 14) 岩室紳也, 菅原理恵. 神奈川県における連携事例 市町村保健婦の保健所実務研修. 保健婦雑誌 2001; 57: 848-854.

A QUESTIONNAIRE SURVEY OF MENTAL HEALTH IN CITIES, TOWNS AND VILLAGES FOR THE PARTIAL AMENDMENT OF THE LAW ON MENTAL HEALTH AND WELFARE FOR PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

Masashi TSUNODA^{*}, Bunya UENO^{2*}, Tadashi TAKESHIMA^{3*}, Ryuichi MINAMI^{4*},
Michio TAKAOKA^{5*}, Kyoko ISHIGE^{6*}, Teru Oi^{7*}, and Shoko SASAKI^{8*}

Key words : the Law on Mental Health and Welfare for People with Mental Disorders, mental health and welfare work, municipality, health centre

Objective In accordance with the partial amendment of the Law on Mental Health and Welfare for People with Mental Disorders, some mental health and welfare work has been performed under the jurisdiction of cities, towns and villages instead of prefectures since April, 2002. What is the role of prefectural health centres in supporting cities, towns and villages under the partial amendment? To consider this question in the light of transfer of responsibilities from prefectures to the municipalities, we investigated the situation in municipalities in October, 2001.

Methods A total of 500 municipalities with populations less than 100,000 were recruited and questionnaire survey was carried out to study the mental health and welfare work, the department in charge and other relevant data.

Results A total of 359 municipalities responded to the questionnaire (the response rate was 71.8%). Mental health and welfare work came under the jurisdiction of 58.5% of the municipalities. The persons in charge were mainly public health nurses and officers and few municipalities had specialists. About 64% of the municipalities had designated a department in charge of the transferred work, but only 16% had designated the number of persons in charge. Although municipalities must provide services for patients living at home as of April, 2002, under the partial amendment, 24.2% of municipalities had already been providing such service previously. About 60% of municipalities had staff who planned to participate in training for care management. For the office work related to the delivery of the health and welfare note for people with mental disorders and public expenditure for hospital expenses, 16.2% of municipalities had designated specialists as persons in charge and 24.2% of municipalities had secured space for privacy. Almost all (98.6%) municipalities pointed to problems in the transfer, which included the shortage of specialists and requested health centres to provide specific information.

Conclusions Although mental health and welfare work comes under the jurisdiction of over half of the municipalities, few have specialists for this purpose. Support services for patients living at home were often provided by the municipalities prior to the partial amendment of the Law going into effect. As municipalities stressed the shortage of specialists and requested specific information, health centres need to support municipalities from the standpoint of their specialized abilities.

^{*} Department of Public Health, Fukushima Medical University

^{2*} Fuji Hospital

^{3*} National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry Fuji Hospital

^{4*} Department of Health and Welfare, Kumamoto Prefectural Government

^{5*} Kakogawa Health Center, Hyogo Prefecture

^{6*} Kennan Health Centre, Fukushima Prefecture

^{7*} Itabashi Health Centre, Itabashi-Ku, Tokyo Metropolitan Government

^{8*} Mitakamusashino Health Centre, Tokyo Metropolitan Government