

市区町村における精神保健福祉業務の現状と課題

ゴトウ モトユキ アカザワ マサト タケシマ タダシ
 後藤 基行* 赤澤 正人^{2*} 竹島 正^{3*}
 タチモリ ヒサテル ノグチ マサユキ ウダ ヒデノリ^{5*}
 立森 久照* 野口 正行^{4*} 宇田 英典^{5*}

目的 市区町村における「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」（以下、運営要領）の運用実態を把握し、運営要領の改訂に向けた基礎資料とすることを目的とした。

方法 全国の各市区町村の約半数を無作為に抽出した875市区町村を対象に、2012年に郵送による質問紙調査を実施した。市区町村を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、独自に作成した項目の単純集計、または平均値をもとに分析した。

結果 回答数は384か所（43.9%）であった。有効回答率は人口10万人未満309か所（42.0%）、10万人以上30万人未満53か所（57.0%）、30万人以上22か所（47.8%）であった。精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課が別であったのは、人口10万人未満85か所（27.5%）、10万人以上30万人未満19か所（35.8%）、30万人以上11か所（50.0%）であった。組織育成のための助言指導は、精神障害者家族会に対する割合が最も高く、人口10万人未満127か所（41.1%）、10万人以上30万人未満30か所（56.6%）、30万人以上17か所（77.3%）であった。精神保健のグループワークは、人口30万人以上は半数以上の13か所（59.1%）で実施されていたが、それ以外は4割以下であった。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か所（59.2%）、10万以上30万未満52か所（98.1%）、30万人以上20か所（90.9%）であった。2011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か所（91.9%）であったが、それ以外は10割に近かった。保健所への協力および連携の内容では、年数回以上あったものとして精神保健福祉相談・訪問指導（84.4%）が最も高かった。

結論 精神保健福祉に関連する法整備は、地方分権、障害福祉の一元化の動きと並行し、市区町村の役割も強化されてきた。本調査では、精神保健福祉業務を着実に実施できる市区町村は人口規模の大きい市区町村であることが示唆された。今後運営要領は、精神保健福祉法の改正等を踏まえた改訂が見込まれるが、その際には市区町村の規模を考慮した調整が必要と考えられた。

Key words : 市区町村, 精神保健福祉業務, 運営要領, 保健所

日本公衆衛生雑誌 2015; 62(6): 300-309. doi:10.11236/jph.62.6_300

I はじめに

市区町村における精神保健福祉業務との関わりを歴史的に振り返ると、特別法としては、わが国最初の精神医療関連法である精神病者監護法（1900年）

にまでさかのぼる¹⁾。同法第6条において、監置すべき患者に監護義務者が不明、もしくは判明していても義務の履行が出来ない場合、市区町村長が代わって監置を行うべきことが定められた。同規定は、1950年の精神衛生法第21条にもおおよそ同様の内容で継承されるなど、市区町村長は代替的な保護義務者としての役割を早くから担ってきた。

一方、こうした監護・保護義務者としての役割とは別に、市区町村は精神衛生法の時代から地域精神保健活動にも携わってきた。早いものとして、高知県では、1948年より駐在保健婦制度が実施され、保健婦が市町村等に駐在して業務を行ったが、その活動の一環として精神保健業務にも携わってきた²⁾。

* 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

^{2*} 川崎市健康福祉局

^{3*} 兵庫県こころのケアセンター

^{4*} 岡山県精神保健福祉センター

^{5*} 鹿児島県鹿児島地域振興局

責任著者連絡先：〒187-8551 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
 後藤基行

宮城県では、1956年に保健所で精神保健相談が開始され、当時から市町村の保健婦が患者や家族を伴って相談に訪れるなどの活動があり、1967年には県内14保健所すべてで市町村を巻き込んだ精神保健活動が行われるようになった³⁾。1965年には精神衛生法の改正が行われ、保健所を設置する市は、保健所に精神衛生業務を担う職員を置くことができるようになった。専任の相談員を配置した具体例として、川崎市は1968年に精神衛生相談員を全保健所に配置している⁴⁾。

そして、1995年の精神保健福祉法改正が行われたことで、正しい知識の普及や相談指導が市町村の業務に位置づけられ、運用の具体的な規定として、翌1996年に「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」(厚生省保健医療局長通知)⁵⁾が示された。

その後、1999年に精神保健福祉法が改正され、市町村は福祉サービスの利用に関する相談・助言の窓口になり、保健所、都道府県が専門的な支援を行うこととされ、運営要領も2000年に改められた。この後、精神保健福祉法の改正、障害者自立支援法の制定により、運営要領は改訂され、現行の運営要領(平成26年1月24日障発0124第4号)によると市町村は、保健所の協力と連携の下で、(1)企画調整、(2)普及啓発、(3)相談指導、(4)社会復帰および自立と社会参加への支援、(5)入院および自立支援医療費(精神通院医療)、(6)ケース記録の整理および秘密の保持等に取り組むこととなっている。なお、精神保健福祉法は2013年の改正(2014年4月施行)に伴い、保護者制度が廃止される等、精神保健福祉をめぐる法制度は新たな展開を迎えている。

また、地方分権化の動きの代表的なものとして、1994年の地域保健法の成立があるが、同法により、精神障害者の社会復帰対策のうち、住民に身近で頻度の高いサービスの実施主体は市町村とされ、1999年の「地方分権一括法」によって地方分権の推進が一層明確化された。さらに、2005年の障害者自立支援法により、障害の種別にかかわらず、サービスの提供主体は市町村に一元化された。なお、2013年に同法は障害者総合支援法に改正され、市区町村は障害福祉計画を作成するにあたって、障害者等のニーズ把握等を行うことが努力義務となるなど、市区町村の役割はこれまで以上に強められた。

このように、精神保健福祉法改正や地方分権化の流れ、障害者総合支援法の施行など、市区町村の精神保健福祉業務はますます重要なものとなってきている。本研究は、こうした市区町村の位置づけの変化の中で、全国の市区町村における運営要領の運用

実態を把握し、運営要領の改訂に向けた基礎資料とすることを目的とした。

II 研究方法

1. 調査対象

2011年3月31日時点の全国の各市区町村1,756か所(786市, 23特別区, 757町, 190村)の約半数にあたる市区町村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。

2. 調査方法

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。調査期間は2012年1月13日から同年2月10日であった。

なお、本調査は、すでに本誌に掲載された保健所の精神保健福祉業務についての調査⁶⁾(以後、保健所のデータに言及するときは、同論文を参照している)と同時に行ったものであり、調査項目は、保健所調査と共通の項目が設定されているが、市区町村への独自の調査項目は、市区町村長の保護者としての関与、障害福祉計画と障害者自立支援法への取組についてである。

3. 調査項目

1) 基本属性と職員数

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。

2) 精神保健福祉業務

とくに注意がない場合2011年度中の業務および状況(実施見込み含む)を尋ねた。

(1) 管内の精神保健福祉の実態に係る資料の保有状況

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) 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。

(4) 精神保健福祉相談の実施状況

2010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、また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

2010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」、「週1回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、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。

(7) 入院および通院医療関係事務

まず2010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、2011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、財産上の権利を保護する、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。

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

2011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、その内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、2011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。また、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。

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、2011年4月1日から12月31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、業務の領域ごとに回答を求めた。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、市区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。

4. 解析方法

市区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、人口動態および世帯数（2011

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、人口動態および世帯数(2010年3月31日現在)のデータを代用した。

なお、データクリーニングの段階で、職員数、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。

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とした。

III 研究結果

1. 市区町村の回答状況

384か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。

2. 市区町村の基本属性と職員数

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か所(71.5%)、「人口10万以上30万未満」34か所(64.2%)、「人口30万人以上」11か所(50.0%)であった。精神保健福祉業務を担当している職員数の割合、業務の概ね4分の3以上が精神保健福祉業務である常勤職員数の割合を表1に、非常勤職員数を表2に示す(表中の度数は、各職種において精神保健福祉業務を担当している人数を有する市区町村数であり、表中の%は各人口規模別市区町村内における度数の割合である)。人口規模の小さい自治体において、より少ない人員配置となっている傾向がみられた。

3. 精神保健福祉業務

1) 市区町村の所有する管内資料

管内資料を保有している市区町村の割合を表3に示す。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、そ

れぞれの人口規模別市区町村ともにおおむね80~90%台であった。一方で、管内住民の精神健康に関する調査については、いずれも20%前後であった。

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か所(65.0%)、「人口10万以上30万未満」41か所(77.4%)、「人口30万人以上」19か所(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か所(37.2%)、「人口10万以上30万未満」19か所(35.8%)、「人口30万人以上」15か所(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

当該地域における組織育成のための助言指導の機会に関して、「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か所(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か所(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か所(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か所(1.9%)のみであった。

4) 精神保健福祉相談の実施状況

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か所(79.0%)、44か所(83.0%)、20か所(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か所(13.6%)、8か所(15.1%)、13か所(59.1%)であった。

専門相談日のある市区町村の割合を表4に示す。定期的な専門相談日の実施は認知症についてが最も高く、アルコール問題、ひきこもりが次いで多かった。

5) 訪問指導の実施状況

訪問指導のうち、市区町村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か所(12.9%)、「人口10万以上30万未満」12か所(22.6%)、「人口30万人以上」16か所(72.7%)であった。

表1 精神保健福祉業務を担当している常勤職員数（市区町村）

	市区町村 の人口		10万人未満		10万人以上 30万人未満		30万人以上		計	
	人数	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%	
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%	
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4分の3以上）であることを指す。

表2 精神保健福祉業務を担当している非常勤職員数（市区町村）

	市区町村 の人口	10万人未満		10万人以上 30万人未満		30万人以上		計	
	人数	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4分の3以上）であることを指す。

表3 精神保健福祉の状況に係る資料を保有している市区町村の割合

	10万人未満 N=309	10万人以上 30万人未満 N=53	30万人以上 N=22
管内住民の精神健康に関する調査結果	64(20.7%)	14(26.4%)	4(18.2%)
管内の精神科病院のリスト	249(80.6%)	51(96.2%)	21(95.5%)
管内の精神神経科診療所のリスト	229(74.1%)	51(96.2%)	22(100.0%)
管内の自立支援医療(精神通院医療)の利用者の実数	289(93.5%)	53(100.0%)	22(100.0%)
精神障害者保健福祉手帳の所持者数	301(97.4%)	53(100.0%)	22(100.0%)
管内の自立支援法の障害福祉サービスの施設リスト	267(86.4%)	51(96.2%)	21(95.5%)
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	263(85.1%)	51(96.2%)	18(81.8%)

表4 専門相談日がある市区町村の割合

	10万人未満 N=309	10万人以上 30万人未満 N=53	30万人以上 N=22
アルコール問題について	14(4.5%)	4(7.5%)	7(31.8%)
思春期精神保健について	10(3.2%)	1(1.9%)	5(22.7%)
ひきこもりについて	12(3.9%)	2(3.8%)	4(18.2%)
認知症について	26(8.4%)	6(11.3%)	6(27.3%)
薬物乱用・依存について	6(1.9%)	0(0.0%)	4(18.2%)
社会復帰について	11(3.6%)	1(1.9%)	0(0.0%)

6) 社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況

社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況を表5に示す。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か所(3.9%)、「人口10万以上30万未満」5か所(9.4%)、「人口30万人以上」9か所(40.9%)であった。

7) 入院および通院医療関係事務

2011年4月1日から12月31日の間の実績を表6に示す。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か所(59.2%)、「人口10万以上30万未満」52か所(98.1%)、「人口30万人以上」20か所(90.9%)であった。

4. 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

2011年12月末時点において第2期障害福祉計画を

表5 社会復帰および自立と社会参加への支援を実施している市区町村の割合

	10万人未満 N=309	10万人以上 30万人未満 N=53	30万人以上 N=22
精神保健のグループワーク(週1回以上あるいはそれよりも少ない頻度で実施)	12(3.9%)	5(9.4%)	9(40.9%)
自立支援法関連の事業者への支援・助言等	106(34.3%)	31(58.5%)	19(86.4%)
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	118(38.2%)	28(52.8%)	15(68.2%)
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	86(27.8%)	25(47.2%)	10(45.5%)

表6 市区町村長による保護義務の内容

	10万人未満 N=309	10万人以上 30万人未満 N=53	30万人以上 N=22
精神科病院に入院させる場合の同意あり	183(59.2%)	52(98.1%)	20(90.9%)
入院時の診察への同席あり	60(19.4%)	13(24.5%)	8(36.4%)
入院後の診察への同席あり	33(10.7%)	4(7.5%)	5(22.7%)
入院後の面会あり	68(22.0%)	17(32.1%)	9(40.9%)
財産上の権利を保護あり	16(5.2%)	0(0.0%)	4(18.2%)
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あり	10(3.2%)	1(1.9%)	3(13.6%)
医療観察法対象者に対する保護者としての責務(役割)あり	21(6.8%)	11(20.8%)	8(36.4%)

策定していた市区町村は、「人口10万人未満」284か所(91.9%)、「人口10万以上30万未満」52か所(98.1%)、「人口30万人以上」22か所(100.0%)であった。そのうち保健所が「委員とし策定に関与」は、「人口10万人未満」102か所(35.9%)、「人口10万以上30万未満」32か所(61.5%)、「人口30万人以上」10か所(45.5%)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「とても大きい」と「やや大きい」の合計は、「人口10万人未満」48か所(16.9%)、「人口10万以上30万未満」13か所(25.0%)、「人口30万人以上」4か所(18.2%)であった。

2) 障害者自立支援法への取組

「人口10万人未満」の市区町村に活動拠点があるもののうち箇所数が「1以上」であるのは、グループホームまたはケアホーム(3.10)が最も多かった。「人口10万以上30万未満」では、グループホームまたはケアホーム(11.28)が最も多く、次いで、就

労継続支援 B 型事業所 (8.13), などとなった。「人口30万以上」では, グループホームまたはケアホーム (50.27) が最多で, 次いで就労継続支援 B 型事業所 (29.27), 生活介護事業所 (26.82), 地域活動支援センター (23.86) などとなった。主たる利用者が精神障害者であるものでは, グループホームまたはケアホーム (15.73), 地域活動支援センター (9.27), 就労継続支援 B 型事業所 (8.23) などが多かった。

3) 自立支援協議会

2011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か所 (85.4%), 「人口10万以上30万未満」51か所 (96.2%), 「人口30万人以上」22か所 (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か所 (16.3%), 「人口10万以上30万未満」10か所 (19.6%), 「人口30万人以上」6か所 (27.3%) 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「とても大きい」と「やや大きい」の合計は, 「人口10万人未満」93か所 (35.2%), 「人口10万以上30万未満」25か所 (49.0%), 「人口30万人以上」13か所 (59.1%) であった。

4) 保健所との精神保健福祉業務にかかる連携

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か所 (64.4%), 「人口10万以上30万未満」45か所 (84.9%), 「人口30万人以上」18か所 (81.8%) であった。同様の合計として市区町村障害福祉計画の策定では, 「人口10万人未満」126か所 (40.8%), 「人口10万以上30万未満」34か所 (64.2%), 「人口30万人以上」14か所 (63.6%) であった。その他, 精神保健福祉相談・訪問指導が多く行われていたのに対し, 組織育成や教育委員会への支援などは「なかった」の割合が高かった。

IV 考 察

1. 精神保健福祉に関わる担当課と職員配置

「人口30万人以上」の市区町村の半数が, 精神保健福祉法の担当課と障害者自立支援法の担当課が別であった。運営要領では, 精神保健福祉に関する業務は原則として単一の課において取り扱うものとされているが, とくに人口規模の大きな市区町村において, 障害者自立支援法の成立等の影響により, 運営要領に述べられたことと現場の実状に乖離が生じている可能性がある。

職員配置をみると, 精神保健福祉業務を担う主た

る職種は保健師・看護師であった。主たる業務が精神保健福祉である職員の配置は人口規模の小さい自治体において少ない傾向が見られた。人口が少なければ人員配置も少いのは自然とはいえ, 近年の市町村合併の動きは, 精神保健福祉業務を支えている保健師の総数の減少につながっている⁷⁾。合併を必要とするような人口の少ない市区町村においては, 精神保健福祉業務に携わる職員数の推移には注意したい。

2. 精神保健福祉業務

精神保健福祉業務における保有する管内の資料では, 総合的な数値はいずれも高かったと言える。一方で, 住民の精神健康に関する調査の管内資料は, 人口規模にかかわらず, 保有しているところが少なく, 保健所調査で記述されたことと同じく, 国・都道府県レベルで行われる調査結果を活用するなど, 情報を保有する関係機関と市区町村が連携することが望まれる。

市区町村における普及啓発の取組では, 地域住民への普及啓発の取組み, 家族や障害者本人に対する教室ではいずれもなしの回答が, 保健所の調査と比較するとそれぞれ約2倍から3倍であった。ただし, 人口規模が大きい市区町村では, 市区町村として主催するものは広く実施されていることが伺われる。また, 地域保健・健康増進事業報告の2011年度⁸⁾と12年度⁹⁾を比較すると, 精神障害者(家族)に対する教室等の開催数および参加延人員共に2012年度が11年度を下回っており(参加延人員比で約2割減), 障害者自立支援法施行により市区町村が事業委託を行うようになったか, あるいはこれらの業務が手薄になってきた可能性が考えられた。

組織育成のための助言指導では, 精神障害者家族会の育成支援の割合が最も高く, 次いでアルコール・薬物依存症関連の自助グループだった。保健所調査と比較すると, 市区町村よりも保健所が同分野で大きな役割を果たしていることが伺える。その一方で, 家族会の育成支援は「人口30万人以上」の市区町村の8割近くが年数回程度以上を超えるなど, 積極的な活動も観察できる。このように, 組織育成について市区町村の助言指導は拡がりを見せつつあり, 今後の一層の拡充が期待される。

精神保健福祉相談では, 定期相談と随時相談を合わせると, ほとんどの市区町村が相談に対応していた。「人口30万人以上」の市区町村を除き, 専門相談日にアルコール問題等が少ないのは, 同項目について保健所が専門相談日を設けている割合が高いため, これらの専門相談は保健所の役割として, 一定の分業が行われていることが考えられた。

訪問指導では、人口規模の大きな市区町村と小さな市区町村に差が大きかった。これは、精神科医療機関や訪問看護ステーション、障害者自立支援法による事業での訪問が充実してきたことの影響も考えられるが、保健師の業務分担・分散配置の影響により業務の総量が増加し、現場のニーズがあるにもかかわらず訪問指導の実施が困難になっている可能性もある。

精神保健のグループワークを実施していない市区町村は、人口規模に関わらず割合が相対的に高かった。このことから市区町村は、保健所がかつて広く担っていたグループワークの機能¹⁰⁾を、大きくは代替していないことが示唆された。ただし、保健所のグループワークは地域に資源が乏しかった時代に開発・実施されたもので、精神科医療機関や訪問看護ステーション、障害者自立支援法による事業が充実してきた現在とは事情が異なる。そのため、他の事業体によるグループワークの実施量・内容の検討が別途必要と考えられる。

市区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一方、「財産上の権利を保護する」義務などは全市区町村で約95%がなしと回答された。この結果は磯村らや¹¹⁾、趙らによる調査結果と同様の傾向がみとれる¹²⁾。これらの調査結果から考えると、市区町村長の同意による入院は、親族等から保護者を選任できない場合の補助的、形式的なものとして活用され、市区町村長の保護者役割には権利擁護の実態が乏しいことが示されていると考えられる。さて、2014年4月より、改正精神保健福祉法の施行に伴い保護者制度が廃止され、これまで市区町村長が保護者として医療保護入院を行ってきたケースは医療保護入院にはならないことになる。権利擁護として十分な役割が果たせていなかったとはいえ、市区町村長同意による医療保護入院の機能がどのように代替されるか、あるいは医療確保機能が縮小されることになるか、慎重なモニタリングが必要と考えられる。

第2期障害福祉計画に関して、「人口10万人未満」の市区町村の一部が策定していなかった。人口の少ない市区町村では、複数の市区町村による一部事務組合で計画を策定した可能性があるが、第2期障害福祉計画を作成する際に、一部ではヒューマンパワーの問題が生じている可能性も考えられる。

障害者自立支援法に関連した施設・活動、および自立支援協議会の設置状況については、人口規模で顕著な差があった。人口規模の小さい市区町村に居住する精神障害者は地域ケアへのアクセスが困難となる可能性があり、保健所や関係諸機関との連携に

より、適切なサービスへの引継ぎがスムーズに行われることが望まれる。

保健所との業務上の連絡調整の頻度については、人口規模の小さい市区町村ほど実施回数が少なく、なかったと回答する傾向も強かった。人口規模の小さな市区町村では、保健所と連携する必要があるが、保健所を有していないことも多いと予想される。そのため、県型保健所と市区町村の連携によって不足を補うべきであるが、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ことも考えられた。

3. 本研究の限界とまとめ

本研究には複数の限界がある。まず、調査項目が運営要領に記載されていることを網羅していないことである。とくに本研究では「精神保健福祉業務を主としている」職員数について、担当業務の概ね4分の3以上が精神保健福祉業務に当たる職員数の回答を求めた結果、精神保健福祉業務に常時携わっていても、それが業務全体で4分の3を超えない限り報告されないことになり、実際に現場で従事している職員数よりも低くカウントされる可能性がある。また、本調査は2012年に行われた調査であり、その後の推移は反映していない。それ以外にも、悉皆調査ではなくその有効回答率も43.9%となっており、回答した自治体は、しなかった自治体に比べると精神保健業務が活発に行われている可能性も考えられた。しかしながら、市区町村の人口規模別ではおおよそ全国からバランスのとれた集計がとれており、結果の一般化は慎重に行わなければならないものの、市区町村における精神保健福祉業務の現状と課題を検討する資料としては十分役に立つものと考えられる。

現在の運営要領は、1965年の精神衛生法改正時に設けられたものを原型として、精神保健福祉法改正、障害者自立支援法等に対応して改訂がなされてきたが、その障害者自立支援法も障害者総合支援法に改正された。さらに2013年の精神保健福祉法改正により保護者制度が廃止されるなど、精神保健福祉業務の実態は大きく変化している。他にも、介護保険法の改正や、発達障害者支援法、自殺対策基本法等の成立は、精神保健福祉に関連する業務が特別法以外の中に混在することを意味しており、このような傾向はこれからも強まっていくことが予想される。

こうした近年の動きを背景にして行われた本調査では、市区町村における精神保健福祉業務の重要性は高まっているものの、それを着実に実施できる市区町村は人口規模の大きい市区町村であることが示唆された。今後運営要領は、新しい時代にふさわし

い大きな方向性を示す抜本的改訂が期待されるが、その際には市区町村の規模を考慮した調整が必要と考えられた。

V 結 語

全国の各市区町村875か所を対象に、「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」の運用実態の質問紙調査を行い、384か所の市区町村から回答を得た。

精神保健福祉に関連する法整備は、地方分権、障害福祉の一元化の動きと並行し、市区町村の役割も強化されてきた。本調査では、精神保健福祉業務を着実に実施できる市区町村は人口規模の大きい市区町村であることが示唆された。以上から、運営要領改訂にあたっては、この点を考慮した改訂が行われる必要があると考えられた。

調査にご協力いただきました多数の関係各機関、とくに全国保健所長会前会長渋谷いづみ先生をはじめとした個人の皆様方に深謝申し上げます。

(受付 2014.11.10)
採用 2015. 3.11)

文 献

- 1) 精神保健福祉白書編集委員会, 編. 精神保健福祉白書2010年版: 流動化する障害福祉施策. 東京: 中央法規出版, 2009; 57.
- 2) 眞崎直子, 的場由木, 竹島 正. 活動の始まりの頃: 高知県駐在保健婦の活動からみる精神保健活動. ころの健康 2011; 26(1): 47-50.
- 3) 相沢宏邦. 地域精神保健の展開: 精神保健センターの活動から(2) 市区町村の精神保健活動との連携: 宮城県精神保健センター. 公衆衛生 1994; 58(2): 122-125.
- 4) 結城俊哉. 第5章 地域精神保健の現状と課題. 新版・精神保健福祉士養成セミナー編集委員会, 編. 精神保健学: 精神保健の課題と支援(改訂新版). 東京: へるす出版, 2014; 231-234.
- 5) 厚生省大臣官房障害保健福祉部長. 保健所及び市区町村における精神保健福祉業務について(通知). 別紙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. 障発第251, 2000.
- 6) 赤澤正人, 竹島 正, 立森久照, 他. 保健所における精神保健福祉業務の現状と課題. 日本公衆衛生雑誌 2014; 61(1): 41-51.
- 7) 佐藤幸子. 市区町村合併と精神保健事業: 合併による精神保健事業の変化とその合併から見たこと, 展望. 作業療法ジャーナル 2005; 39(12): 1213-1216.
- 8) 厚生労働省. 平成23年度地域保健・健康増進事業報告. 地域保健編. 第3章 市区町村編. 第27表 市区町村が実施した精神保健福祉普及啓発のための教室等の開催回数・参加延人員, 都道府県—指定都市・特別区—中核市—その他政令市, 開催内容別. 2013. http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_csvDownload_&fileId=000006356335&releaseCount=1 (2015年3月2日アクセス可能)
- 9) 厚生労働省. 平成24年度地域保健・健康増進事業報告. 地域保健編. 第3章 市区町村編. 第27表 市区町村が実施した精神保健福祉普及啓発のための教室等の開催回数・参加延人員, 都道府県—指定都市・特別区—中核市—その他政令市, 開催内容別. 2014. http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_csvDownload_&fileId=000006864803&releaseCount=2 (2015年3月2日アクセス可能)
- 10) 佐伯圭吾, 山田全啓, 山下典子, 他. 全国保健所の精神障害者デイケアサービスの実施状況の推移と影響要因. 厚生の指標 2011; 58(15): 7-12.
- 11) 磯村 大, 犬尾貞文, 井上俊弘, 他. 市区町村長同意で医療保護入院中の精神障害者の実態, 及び市区町村長の保護義務履行に関する病院の意見に関する調査. 精神神経学雑誌 1999; 101(8): 672-702.
- 12) 趙 香花, 長沼洋一, 河野稔明, 他. 岡山県の医療保護入院患者と保護者に関する実態調査. 日本社会精神医学会雑誌 2013; 22(4): 440-451.