

老人性痴呆疾患センターの活動状況調査の表
表 1

センターの設立主体		
	n	%
医療法人	36	39.1
都道府県・政令指定都市	16	17.4
市町村	14	15.2
公益法人	10	10.9
学校法人	5	5.4
個人	1	1.1
その他	10	10.9

表 2
併設施設の有無

	併設あり		併設なし		非回答	
	n	%	n	%	n	%
介護老人保健施設	27	29.3	64	69.6	1	1.1
老人訪問看護ステーション	26	28.3	65	70.7	1	1.1
老健デイケア	22	23.9	69	75.0	1	1.1
老人性痴呆疾患デイケア施設	20	21.7	71	77.2	1	1.1
痴呆性老人グループホーム	12	13.0	79	85.9	1	1.1
デイサービスセンター	8	8.7	83	90.2	1	1.1
介護老人福祉施設	6	6.5	85	92.4	1	1.1
介護老人型軽費老人ホーム	2	2.2	89	96.7	1	1.1
高齢者生活福祉センター	0	0.0	91	98.9	1	1.1
その他	15	16.3	76	82.6	1	1.1

表 3
センターのスペース

	専用		兼用		非回答	
	n	%	n	%	n	%
面接相談室	27	29.3	63	68.5	2	2.2
診察室	6	6.5	80	87.0	6	6.5

表 4

所属医療機関の設置画像診断機器

	あり		なし	
	n	%	n	%
単純X線撮影装置	90	97.8	2	2.2
CT	83	90.2	9	9.8
MRI	49	53.3	43	46.7
SPECT	29	31.5	63	68.5
PET	4	4.3	88	95.7
その他の機器	24	26.1	68	73.9

表 5

精神科救急医療システム整備事業への参加

	n	%
参加していない	38	41.3
参加している	53	57.6
非回答	1	1.1

表 6

一般救急医療での役割

	n	%
参加していない	41	44.6
初期救急機関	6	6.5
二次救急機関	24	26.1
三次救急機関	12	13.0
初期と二次救急機関	0	0.0
初期と三次救急機関	1	1.1
二次と三次救急機関	3	3.3
初期、二次、三次救急機関	2	2.2
非回答	3	3.3

表7

空床の確保以外の老人性痴呆の救急対応の実施

	n	%
実施していない	71	77.2
実施している	18	19.6
非回答	3	3.3

表8

医師配置人数	常勤		非常勤	
	センター数	%	センター数	%
配置なし	46	50.0	46	50.0
1人	23	25.0	21	22.8
2人	10	10.9	7	7.6
3人	2	2.2	10	10.9
4人	3	3.3	4	4.3
5人以上	8	8.7	4	4.3

表9

保健師配置人数	常勤		非常勤	
	センター数	%	センター数	%
配置なし	89	96.7	89	96.7
1人	2	2.2	2	2.2
2人	1	1.1	0	0.0
3人	0	0.0	1	1.1
4人	0	0.0	0	0.0
5人以上	0	0.0	0	0.0

表10

看護師配置人数	常勤		非常勤	
	センター数	%	センター数	%
配置なし	61	66.3	61	66.3
1人	15	16.3	23	25.0
2人	9	9.8	5	5.4
3人	0	0.0	2	2.2
4人	3	3.3	0	0.0
5人以上	4	4.3	1	1.1

表 1 1

准看護師配置人数	常勤		非常勤	
	センター数	%	センター数	%
配置なし	80	87.0	85	92.4
1人	6	6.5	6	6.5
2人	1	1.1	1	1.1
3人	3	3.3	0	0.0
4人	0	0.0	0	0.0
5人以上	2	2.2	0	0.0

表 1 2

看護補助者配置人数	常勤		非常勤	
	センター数	%	センター数	%
配置なし	87	94.6	90	97.8
1人	3	3.3	1	1.1
2人	0	0.0	0	0.0
3人	0	0.0	1	1.1
4人	0	0.0	0	0.0
5人以上	2	2.2	0	0.0

表 1 3

精神保健福祉士 配置人数	常勤		非常勤	
	センター数	%	センター数	%
配置なし	55	59.8	69	75.0
1人	30	32.6	13	14.1
2人	3	3.3	5	5.4
3人	3	3.3	3	3.3
4人	1	1.1	2	2.2
5人以上	0	0.0	0	0.0

表 1 4

臨床心理士配置人数	常勤		非常勤	
	センター数	%	センター数	%
配置なし	78	84.8	82	89.1
1人	11	12.0	8	8.7
2人	1	1.1	1	1.1
3人	1	1.1	1	1.1
4人	1	1.1	0	0.0
5人以上	0	0.0	0	0.0

表 1 5

事務職員配置人数	常勤		非常勤	
	センター数	%	センター数	%
配置なし	80	87.0	71	77.2
1人	9	9.8	18	19.6
2人	1	1.1	3	3.3
3人	1	1.1	0	0.0
4人	0	0.0	0	0.0
5人以上	1	1.1	0	0.0

表 1 6

その他職員配置人数	常勤		非常勤	
	センター数	%	センター数	%
配置なし	67	72.8	79	85.9
1人	16	17.4	10	10.9
2人	5	5.4	1	1.1
3人	3	3.3	1	1.1
4人	0	0.0	0	0.0
5人以上	1	1.1	1	1.1

表 1 7

相談件数	平成11年度		平成12年度		Wilcoxonの符号順位検定	
	中央値	四分圏範囲	中央値	四分圏範囲	同順位補正後z値	同順位補正後のp値
電話相談	51.5	97	59.5	109.0	-0.17	0.86
面接相談	75.5	120	81.5	137.0	-0.86	0.39

注)11年度と12年度の回答が共に得られた86施設のみを解析の対象とした

表 1 8

年齢別の電話による専門医療相談件数	平成11年度		平成12年度		Wilcoxonの符号順位検定	
	中央値	四分圏範囲	中央値	四分圏範囲	同順位補正後z値	同順位補正後のp値
65歳未満	2.0	6.0	2.0	7.8	-0.45	0.65
65歳以上75歳未満	9.0	19.8	10.0	16.8	-0.55	0.58
75歳以上	18.0	39.2	19.0	43.8	-1.20	0.23

注)11年度と12年度の回答が共に得られた55施設のみを解析の対象とした

表 1 9

年齢別の面接による専門医療相談件数	平成11年度		平成12年度		Wilcoxonの符号順位検定	
	中央値	四分圏範囲	中央値	四分圏範囲	同順位補正後z値	同順位補正後のp値
65歳未満	3.0	7.5	3.0	7.8	-0.20	0.84
65歳以上75歳未満	18.0	39.2	17.0	38.5	-0.64	0.52
75歳以上	54.0	61.5	49.0	74.5	-0.18	0.86

注)11年度と12年度の回答が共に得られた51施設のみを解析の対象とした

表 2 0

時間外および休祝日に実施した専門医療相談数(電話と面接の合計)

	中央値	四分圏範囲	Wilcoxonの符号順位検定	
			同順位補正後z値	同順位補正後のp値
平成11年度	1.0	8.0	-0.12	0.90
平成12年度	1.0	6.5		

注)11年度と12年度の回答が共に得られた51施設のみを解析の対象とした

表 2 1

センターへの外来の実数と延べ数	平成11年度		平成12年度		Wilcoxonの符号順位検定	
	中央値	四分圏範囲	中央値	四分圏範囲	同順位補正後z値	同順位補正後のp値
外来実数	88.5	78.0	77.0	78.0	-0.21	0.83
外来延べ数	129.0	281.0	136.5	270.0	-0.32	0.75

注)11年度と12年度の回答が共に得られた54施設のみを解析の対象とした

表 2 2

鑑別診断件数(年度別、診断別)

鑑別診断名(疑い含む)	平成11年度		平成12年度		Wilcoxonの符号順位検定	
	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	同順位補正後z値	同順位補正後のp値
アルツハイマー病 F00	25	44.5	26	38.5	-1.00	0.32
血管性痴呆 F01	20	29.5	18	31.5	-0.09	0.93
その他の疾患の痴呆 F02	2	6.5	1	5.5	-0.14	0.89
上記のいずれかに該当するか 不明の痴呆 F03	0	3.0	0	3.5	-0.27	0.79
症状性精神障害 F04, F05	0	4.5	0	2.5	-0.88	0.38
その他の器質性精神障害 F06~F09	1	3.5	0	3.0	-0.80	0.43
痴呆以外の精神及び行動の障 害	4	13.0	4	11.5	-0.88	0.38
てんかん (F0に含まれないもの)	0	0.0	0	0.0	-1.31	0.19
精神及び行動の障害に属さな いもの	0	5.0	0	3.5	-1.09	0.27
合計	80	97.0	77	88	-0.91	0.36

注)11年度と12年度の回答が共に得られた80施設のみを解析の対象とした

表 2 3

	主たる診断名	平均	標準偏差	最小値	最大値	中央値	四分位範囲	
F0	アルツハイマー病 F00	3.9	4.4	0	25	3.0	4.0	
	血管性痴呆 F01	2.8	3.8	0	24	2.0	3.0	
	その他の疾患の痴呆 F02	1.0	2.5	0	20	0.0	1.0	
	上記のいずれかに該当するか不明の痴呆 F03	0.7	2.1	0	17	0.0	0.0	
	症状性精神障害 F04, F05	0.5	1.6	0	12	0.0	0.0	
	その他の器質性精神障害 F06~F09	0.4	0.9	0	4	0.0	0.0	
	F1	精神作用物質による精神及び行動の障害	0.2	1.0	0	8	0.0	0.0
	F2	精神分裂病, 分裂病性障害および妄想性 障害	1.0	3.7	0	30	0.0	0.0
	F3	気分(感情)障害	0.9	12.1	0	110	0.0	0.0
	F4	神経症性障害, ストレス関連障害および 身体表現性障害	0.4	1.0	0	6	0.0	0.0
F6	成人の人格および行動の障害	0.1	0.6	0	3	0.0	0.0	
F7	精神遅滞	0.1	0.4	0	3	0.0	0.0	
-	上記以外の精神および行動の障害	0.2	0.6	0	3	0.0	0.0	
-	てんかん(F0に含まれないもの)	0.7	5.3	0	48	0.0	0.0	
-	精神及び行動の障害に属さないもの	0.2	0.6	0	3	0.0	0.0	

表 2 4

鑑別診断により痴呆と診断された事例の処遇

処遇	平成11年度		平成12年度	
	合計	%	合計	%
自院に入院	153	22.1	118	20.8
自院に通院	342	49.4	275	48.5
他の精神科医療機関を紹介	28	4.0	34	6.0
他の精神科以外の医療機関を紹介	83	12.0	52	9.2
老人保健施設へ紹介	31	4.5	18	3.2
福祉施設へ紹介	26	3.8	24	4.2
その他	27	3.9	46	8.1
不明	2	0.3	0	0.0
	692	100.0	567	100.0

注) 処遇の合計が鑑別診断により痴呆と診断された事例の数と一致した15施設の回答より作成

表 2 5

鑑別診断が実施された事例の処遇

処遇	平成11年度		平成12年度	
	合計	%	合計	%
自院に入院	418	19.0	460	20.5
自院に通院	1010	45.9	1035	46.1
他の精神科医療機関を紹介	48	2.2	37	1.6
他の精神科以外の医療機関を紹介	160	7.3	194	8.6
老人保健施設へ紹介	165	7.5	152	6.8
福祉施設へ紹介	50	2.3	50	2.2
その他	340	15.5	310	13.8
不明	8	0.4	8	0.4
合計	2199	100.0	2246	100.0

注) 処遇の合計が鑑別診断実施数と一致した18施設の回答より作成

表 2 6

		精神症状・問題行動			
		記憶、見当識障害のみで、精神症状・問題行動は目立たない	記憶、見当識障害が主であるが、ときに幻覚、妄想、せん妄、抑うつなどを示し、そのときは向精神薬が必要になる	幻覚、妄想、せん妄、抑うつなどの精神症状は常時存在するが、問題行動(徘徊や暴力行為など)は少ない。向精神薬を調整しながら使うことが必要である	幻覚、妄想、せん妄、抑うつなどの精神症状のほか、問題行動などが著しい。
歩行・移動・介助	独立歩行可能	5 (44.6%)	4 (31.3%)	2 (47.0%)	2 (95.3%)
	つたい歩きましたは杖歩行可能	3 (28.2%) 4 (28.2%)	4 (36.9%)	2 (40.5%)	2 (90.7%)
	車椅子で移動可能	4 (44.8%)	4 (51.8%)	4 (41.2%)	2 (74.4%)
	自分で立ち上がる動作ができない(食事、排泄は介助を要する)	4 (57.8%)	4 (63.5%)	4 (50.6%)	2 (56.0%)

選択肢

- 1 必要な場合の入院治療を含めていわゆる総合病院の精神科で対応
- 2 必要な場合の入院治療を含めて精神科病院で対応
- 3 一般医療で対応し、必要に応じて精神科が外来、リエゾン等で支援
- 4 福祉施設で対応し、必要に応じて精神科が外来等で支援
- 5 精神科の対応は特に必要ない

注) 表中の各セルの数字は表の下の選択肢の番号と対応しており、そのセルにおける回答の最頻値を示している。その後の()内の数値は、各セルの回答全体に占める、その最頻値の回答の割合を示している。

表 2 7

一番目に重要と思うこと	n	%
介護保険下におけるセンターの位置づけを明確にする必要がある	17	18.5
高齢者に対するセンターの役割を明確にする必要がある	15	16.3
高齢者に対する精神科医療の位置づけを明確にする必要がある	13	14.1
これからは痴呆に限らない高齢者全体を対象とした医療を提供できるようにするセンターの機能を変えていく必要がある	12	13.0
関係機関の横のつながりの構築のために連絡協議会を開催する必要がある	10	10.9
現状の老人性痴呆疾患センターを地域センターとし、それとは別により高度な鑑別診断機能を持った基幹センターを設置し、機能分化を図ることが必要	9	9.8
これからは老人性痴呆疾患センターが重要な役割を担う可能性は低い	4	4.3
センターの機能は概ねそのままが良いが利用者が利用しやすいように名称を変更する必要がある(例えば物忘れ外来といった呼称)	3	3.3
合併症を伴う患者の取り扱いを決める必要がある	3	3.3
センター間の事業内容や活動状況の格差を是正する必要がある	1	1.1
センターの設置数の地域格差を是正する必要がある	0	0.0
無回答	5	5.4

表 2 8

二番目に重要と思うこと	n	%
関係機関の横のつながりの構築のために連絡協議会を開催する必要がある	18	19.6
介護保険下におけるセンターの位置づけを明確にする必要がある	14	15.2
高齢者に対するセンターの役割を明確にする必要がある	12	13.0
合併症を伴う患者の取り扱いを決める必要がある	11	12.0
これからは痴呆に限らない高齢者全体を対象とした医療を提供できるようにするセンターの機能を変えていく必要がある	8	8.7
センター間の事業内容や活動状況の格差を是正する必要がある	8	8.7
高齢者に対する精神科医療の位置づけを明確にする必要がある	6	6.5
現状の老人性痴呆疾患センターを地域センターとし、それとは別により高度な鑑別診断機能を持った基幹センターを設置し、機能分化を図ることが必要	5	5.4
センターの機能は概ねそのままが良いが利用者が利用しやすいように名称を変更する必要がある(例えば物忘れ外来といった呼称)	3	3.3
センターの設置数の地域格差を是正する必要がある	1	1.1
これからは老人性痴呆疾患センターが重要な役割を担う可能性は低い	0	0.0
無回答	6	6.5

表 2 9

三番目に重要と思うこと	n	%
センターの機能は概ねそのままが良いが利用者が利用しやすいように名称を変更する必要がある(例えば物忘れ外来といった呼称)	14	15.2
高齢者に対するセンターの役割を明確にする必要がある	13	14.1
関係機関の横のつながりの構築のために連絡協議会を開催する必要がある	12	13.0
高齢者に対する精神科医療の位置づけを明確にする必要がある	9	9.8
介護保険下におけるセンターの位置づけを明確にする必要がある	9	9.8
現状の老人性痴呆疾患センターを地域センターとし、それとは別により高度な鑑別診断機能を持った基幹センターを設置し、機能分化を図ることが必要	7	7.6
合併症を伴う患者の取り扱いを決める必要がある	7	7.6
センター間の事業内容や活動状況の格差を是正する必要がある	6	6.5
センターの設置数の地域格差を是正する必要がある	4	4.3
これからは痴呆に限らない高齢者全体を対象とした医療を提供できるようにするセンターの機能を変えていく必要がある	2	2.2
11. これからは老人性痴呆疾患センターが重要な役割を担う可能性は低い	2	2.2
無回答	7	7.6

老人性痴呆疾患対策および高齢者保健福祉対策に関する調査の表

表 3 0

老人性痴呆疾患センターの担当課

	n	%
精神保健福祉主管課	37	78.7
精神保健福祉主管課以外	8	17.0
非回答	2	4.3

表 3 1

都道府県内の老人性痴呆疾患センター数

設置数	n	%
設置なし	1	2.1
1カ所	7	14.9
2カ所	11	23.4
3カ所	8	17.0
4カ所	4	8.5
5カ所	6	12.8
6カ所	4	8.5
7カ所	4	8.5
8カ所	1	2.1
非回答	1	2.1

表 3 2

老人性痴呆疾患センターのあり方の専門的検討の有無

	n	%
審議会・専門委員会等で検討	1	2.1
審議会・専門委員会以外の方法で検討	1	2.1
特に検討は行っていない	44	93.6
非回答	1	2.1

表 3 3

介護保険の導入による老人性痴呆疾患センターの業務変化

	n	%
変化のあった業務はとくになかった	29	61.7
変化のあった業務があった	15	31.9
非回答	3	6.4

表 3 4

老人痴呆疾患センターの評価

	n	%
一定の評価はしているが不満な点もある	33	70.2
良く機能しており高い評価をしている	10	21.3
不満な点が多く評価できない	2	4.3
非回答	2	4.3

表 3 5

一番目に重要と思うこと	n	%
高齢者の福祉・介護保険におけるセンターの役割を明確にする必要がある	14	29.8
これからは痴呆に限らない高齢者全体を対象とした専門相談医療を提供できるようにするセンターの機能を変えていく必要がある	9	19.1
関係機関の横のつながりの構築のために連絡協議会を開催する必要がある	8	17.0
センターの設置数の地域格差を是正する必要がある	6	12.8
現状の老人性痴呆疾患センターを地域センターとし、それとは別により高度な鑑別診断機能を持った基幹センターを設置し、機能分化を図る必要がある	2	4.3
センター間の事業内容や活動状況の格差を是正する必要がある	2	4.3
センターの機能は概ねそのままが良いが利用者が利用しやすいように名称を変更する必要がある(例えば物忘れ外来といった呼称)	1	2.1
合併症を伴う患者の取り扱いを決める必要がある	1	2.1
現状のままでよい(特に意見はない)	1	2.1
これからは老人性痴呆疾患センターが重要な役割を担う可能性は低い	0	0.0
無回答	3	6.4

表 3 6

二番目に重要と思うこと	n	%
高齢者の福祉・介護保険におけるセンターの役割を明確にする必要がある	13	27.7
関係機関の横のつながりの構築のために連絡協議会を開催する必要がある	12	25.5
センター間の事業内容や活動状況の格差を是正する必要がある	7	14.9
これからは痴呆に限らない高齢者全体を対象とした専門相談医療を提供できるようにするセンターの機能を変えていく必要がある	5	10.6
センターの設置数の地域格差を是正する必要がある	2	4.3
合併症を伴う患者の取り扱いを決める必要がある	2	4.3
センターの機能は概ねそのままが良いが利用者が利用しやすいように名称を変更する必要がある(例えば物忘れ外来といった呼称)	1	2.1
これからは老人性痴呆疾患センターが重要な役割を担う可能性は低い	1	2.1
現状の老人性痴呆疾患センターを地域センターとし、それとは別により高度な鑑別診断機能を持った基幹センターを設置し、機能分化を図る必要がある	0	0.0
現状のままでよい(特に意見はない)	0	0.0
無回答	4	8.5

表 3 7

三番目に重要と思うこと	n	%
センター間の事業内容や活動状況の格差を是正する必要がある	14	29.8
関係機関の横のつながりの構築のために連絡協議会を開催する必要がある	5	10.6
これからは痴呆に限らない高齢者全体を対象とした専門相談医療を提供できるようにするセンターの機能を変えていく必要がある	4	8.5
高齢者の福祉・介護保険におけるセンターの役割を明確にする必要がある	4	8.5
センターの設置数の地域格差を是正する必要がある	4	8.5
現状のままでよい(特に意見はない)	3	6.4
センターの機能は概ねそのままが良いが利用者が利用しやすいように名称を変更する必要がある(例えば物忘れ外来といった呼称)	2	4.3
合併症を伴う患者の取り扱いを決める必要がある	2	4.3
これからは老人性痴呆疾患センターが重要な役割を担う可能性は低い	2	4.3
現状の老人性痴呆疾患センターを地域センターとし、それとは別により高度な鑑別診断機能を持った基幹センターを設置し、機能分化を図る必要がある	1	2.1
無回答	6	12.8

表 3 8

老人性痴呆疾患対策担当課

	n	%
精神保健福祉主管課	35	59.3
精神保健福祉主管課以外	15	25.4
内容により異なる	2	3.4
主管課は定めていない	1	1.7
非回答	6	10.2

表 3 9

老人性痴呆疾患対策のあり方の専門的検討の有無

	n	%
審議会・専門委員会等で検討	6	10.2
審議会・専門委員会以外の方法で検討	6	10.2
特に検討は行っていない	47	79.7

表 4 0

単独事業による老人性痴呆疾患対策の実施の有無

	n	%
取り組んでいない	40	67.8
取り組んでいる	18	30.5
非回答	1	1.7

平成13年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
市町村等における精神保健福祉施策の推進に関する研究
研究協力報告書

精神保健福祉問題と今後の保健所機能のありかたについて

研究協力者 助川征雄（神奈川県立精神保健福祉センター）

研究要旨

本論では、神奈川県立精神保健福祉センターや全国精神保健福祉相談員会の実践的な作業など基に、「今後の保健所機能のありかたについて」の試案を提起した。

今後の精神障害者支援の基本は、国の障害者プランなどに示されているように、障害保健福祉圏域を単位とした入院から社会参加までの地域完結型支援体制の確立にあるといえることができる。それらに向け、平成14年度の市町村精神保健福祉業務移管をはじめとして、今後は日常的な支援機能を市町村が担うことになる。これらの動向と連動し、保健所は精神障害問題の複雑な特性に配慮した、専門的かつ広域的な指導・調整機能をより一層求められることになると考えられる。

具体的には①医療問題への対応機能（受診受療援助、医療中断予防援助、措置入院後の事例へのフォローアップなど）、②新たな解決困難なメンタルヘルス問題への対応機能、③PTSD対策機能、④地域援助（コミュニティワーク）機能（市町村や民間活動の質や量を担保するための間接的な援助）、⑤管内社会復帰施設の指導監督、⑥情報管理と提供機能、⑦調整、モニタリング機能などである。

1 はじめに

平成14年度からの市町村精神保健福祉事業実施に向けた準備の進展は、これまで精神障害者支援の中心であった保健所や精神保健福祉センター（以下「センター」と略）などの業務再編が焦眉の課題となってきたことを強く感じさせる。

そういう中、厚生労働局健康局は、平成14年度概算要求で、これまで、基本方針が明確化されていない「保健所が確保すべき機能」について都道府県、政令市、特別区自らが評価、見直しを行うためのマニュアル策定構想を明らかにした。大局的には、直接的な精神障害者支援業務が暫時、市町村へ移管されることになり、保健所業務はかなり限定されたものになることが予想される。中長期的な展望に立てば、地方分権の方向の中で、市町村の比重が増大し、都道府県と並行して保健所そのものの存廃が検討される日がくるかもしれない。

ここでは、このような今後の動向を予測しながら、

身近な実践的な検討作業などを踏まえ、「今後の保健所機能のありかたについて」の試案を提起することにする。

2 社会の変動と保健所精神保健福祉業務の状況

近年、精神障害（メンタルヘルス）問題は国民病的なひろがりを見せ、精神健康を損なう人々や、精神的・心理的背景をもつ人々による社会問題も多発している。平成13年度に、心の病により精神科を利用した人数は204万人（人口60人に1人）、15歳以上の国民の56人に1人という数値に達していると報告されている。（平成13年度 国民の福祉の動向 厚生労働省資料）。これらのことから、このような深刻な事態への対応体制の拡充が喫緊の課題となってきている。しかし、これらの課題の解決は容易ではない。

医療、衛生、労働、教育など等、総合的な取り組みが不可欠である事はいうまでもないが、精神

保健福祉分野に特化しても、少なくとも次のような面での拡充が必要である。即ち、①保健所や精神保健福祉センターと市町村の精神保健福祉業務分担、②民間の精神障害者社会復帰施設、とりわけ地域生活支援センターの整備や活動促進、③オルタナティブ活動（ピアサポート、市民ボランティアなど）の促進、④精神病院やクリニックの取り組みの拡充、⑤地域支援ネットワークの充実、⑥マンパワーの拡充、さらには、⑦精神科救急医療体制整備なども視野に入れなければならないであろう。しかし、それらの中から、ここでは保健所機能再編に焦点を当てることにする。

保健所の精神保健福祉業務は、平成8年度の地域保健法施行以降、規模縮小（マンパワーの削減）とニーズの増大といったディレンマの中で多忙をきわめている。特に改正精神保健福祉法が施行された平成12年度以降は、全国的に、「警察官通報による診察件数」が前年実績を大幅に上回るようになってきた。因みに、神奈川県における警察官通報・診察件数はこの5年間の間に2.4倍に増加している（平成8年度：126件→平成12年度：302件）。

また、相談の多様化がみられ、地域の関係機関からの「新たな解決困難なメンタルヘルス問題」への対応要請件数が増えている。即ち、虐待、人格障害、行為障害、家庭内暴力、薬物、PTSD、ドメスティックバイオレンス（DV）、摂食障害、高次脳機能障害、パニック症候群、アダルトチャイルド、多動児問題（ADHD）、各種の依存症、宗教問題、自殺問題などである。これらの多くは、従来の「精神病モデル」にはなじまないものであり、保健所は一様に専門的な対応面で困難に直面している。

さらに、新たに保健所担当者の負担増となっているのが、精神障害者移送業務（29条の2-2）である。平成12年度から措置入院に係る精神障害者の病院への移送を都道府県知事の責任において実施することになったからである。また、34条に基づく医療保護入院等の移送については、平成13（2001）年10月の厚生労働省全国調査によると、33都道府県・政令指定都市で、昼間

のみ実施（試行）されている。そういう中、平成14年度からの市町村精神保健福祉業務実施に向けた調整が最終段階を迎えており、実務レベルでの市町村からの保健所への支援要請が大きくなっている。このような中では、従来からの課題である、保健所からのフォローアップ支援業務などがますます困難となるばかりである。

保健所の統廃合の前提には市町村や民間などのさまざまな実施主体をあらたな第一線機関として再整備し、保健所を間接的な「広域的な専門機関」に位置づけようという構想があった。しかし、市町村や民間の対応体制整備は遅れており、市町村体制が実質的に整うのは3、4年後であり、民間を入れるとさらに時間がかかると見られる。

3 今後、保健所に期待される機能（公的に骨格的にやるべきこと）

今後の精神障害者支援の基本は、国の障害者プランなどに示されているように、障害保健福祉圏域を単位とした入院から社会参加までの地域完結型支援体制の確立にあるといえることができる。ただ、今後、市町村や民間の支援体制が一定程度整備はされるであろうがそのサービスの質を維持していくための支援が必要である。また、精神障害問題の特性（病気と障害を併せ持つこと、社会の誤解や差別を受けやすいことなど）も考えると、都道府県（保健所や精神保健福祉センター）が引き続き担わなければならない広域かつ専門的な調整や指導業務が残るであろう。これらのことから「今後の保健所と市町村の業務（機能）分担の基本コンセプト」は、市町村が日常的な支援機能であるのに対し、保健所は、住民の健康危機管理や特定分野を広域かつ専門に担う機能であるといえることができる。

神奈川県立精神保健福祉センターは、県域保健所の精神保健福祉業務の増加や対人サービスの質の変化を捉え、現状打開や、今後の業務方針を得るために業務連絡会を継続実施してきた。その中では、今後重点的に取り組むべき保健所業務として、①危機介入、②解決困難な事例への対応、③

市町村支援など提起された。また、マンパワーの充実も喫緊の課題としてあがっている。これらの意見は、全国精神保健福祉相談委員会の全国研修会などにおいてもたびたび指摘されている共通事項である。ここではこのような認識に立ち、今後、保健所に期待される機能、特に公的に骨格的にやるべきことについての試論を述べることにする。

(1) 今後の保健所と市町村との業務分担について

まず、今後の保健所と市町村との業務分担を再整理することにする。国は平成14年度の段階では、社会復帰相談やそのための施設および制度の利用斡旋調整、通院医療費公費負担制度利用と精神障害者保健福祉手帳申請窓口業務、ホームヘルパー派遣などの居宅支援事業等、基幹業務に限定した業務移管を示した。しかし、全国市町村の13年度後半の準備動向などを見ても、市町村間の格差が見える一方、総体的にはかなりの意気込みで精神障害者支援体制づくりに取り組んでいることが見て取れる（例えば、ホームヘルパー派遣や各種手当制度の新設などの動きがそれである）。これらのことから、14年度以降のさらなる業務移管については、当初の移管業務の馴らしに3年程度を見込み、遅くともおおよそ5年後に、「社会適応訓練制度」「家族教室」「保健所デイケア（社会復帰グループ活動）」「訪問指導」などの業務も市町村に移管することが可能になるのではないかと考えられる。これらのことから、近い将来、保健所の精神保健福祉業務はかなり限定的なものになるのではないか。

(2) 今後の保健所の具体的な機能（精神保健福祉業務）

① 医療問題への対応機能

ア 精神保健福祉法に基づく診察立会い

精神保健福祉法にもとづく診察（23、24条等）立会いについては、当面、保健所業務に位置付ける。ただし、今後は地方分権の進展によりさまざまな合理的な対応体制が生まれてくる可能性がある。例えば、神奈川県においては平成14年度から精

神保健福祉センター内に救急情報課を設置し、その中で法による診察立会いや移送業務も実施する予定である。これらのことにより、保健所の精神保健福祉業務を「行政的・管理的なもの」から「日常的な生活支援的なもの」にシフトさせていくねらいがある。ただし、救急情報センターは行政機関以外の機関にも設置することが可能なので、行政機関以外に設置された場合は、他の有効な方法を考えていかなければならない。

イ 受診受療援助

精神科治療を必要としているが自発的な受診ができてくい人たちに対し家庭訪問等により受療につなげる業務である。これらの対象者はかなりの困難性を有していることが想定されるので、そのような特性や人権に配慮し、今後、保健所が力を入れなければならない業務とおもわれる。

ウ 移送業務

精神障害者の医療アクセス業務である。現行の精神保健福祉法では29条2-2、34条業務がこれに該当するが、これらは、行政処分なので当面、保健所に位置付けることはやむをえないであろう。

ただし、法制化の原点を考慮するならば、今後、当事者の利便性により重点を置いた制度に改善していく必要があるのではないか。例えば、救急情報センター内に統括機能を置くなどし、場合によっては、適正な基準やマニュアルを設け、病院による送迎サービスや民間業者参入の可能性も検討すべきではないか。

エ 医療中断予防援助

受診受療業務と並び重要な保健所業務である。ただし、今後は医療、特に訪問看護との連携強化など抜本的な役割分担の構図を検討していく必要がある。

平成12年に神奈川県立精神保健福祉センターが行った「医療中断に関する研究」によると約30パーセントの対象者が保健所からの支援を要望している。また、同研究によると、本人の病識のなさよりも元のかかりつけ医療機関のフォローアップ体制の脆弱さが問題であるという結果がでていいる。保健所等の担当者側の意見としては、「最近、受診受療援助の末にやっと入院させたのに、院内不適応などを理由に自己退院を安易に認め傾向があり問題だ」とする声が大きい。また、夜間救急相談者の60パーセントがかかりつけ医療機関を現に有するもので占められているという報告もある。

オ 措置入院後の事例へのフォローアップ

法による診察に基づき処置入院となった人へのフォローアップについては、医療継続や社会・生活問題の解決のために保健所業務として引き続き位置付ける必要がある。ただし、重大な犯罪を起こした精神障害者への対策論議の中で、それらの精神障害者フォローアップ業務の一部を保健所に求める案がある。しかし、これらの業務は、一義的には司法＝保護観察所機能強化の課題であり安易に保健所業務に位置付けるべきではない。そのような見極めをつけた上で、社会復帰等に必要な治療援助のための連携は図るべきである。

② 解決困難なメンタルヘルス問題への対応機能

社会変動等に伴う心理的・社会的背景を有する解決困難な「メンタルヘルス問題」が増え、関係機関が保健所へ支援を求めてくる傾向が強くなっている。しかし、基本的には、虐待は児童相談所、暴力は警察というようにそれぞれの業務分担を明確にし、保健所の業務としては「精神保健上の問題を併せ持つも

の」への対応に限定すべきである。ただ、これらの問題は多様な領域にまたがり、現状では対応体制が不備なので、精神保健福祉ニーズの強いものについては、保健所が総合調整をしていく必要がある。例えば、関係機関会議などを開き情報交換を行うほか、新たな専門知識の研修や具体的な事例に即したケアマネジメントなどを行うのである。因みに問題の範囲としては次のようなことが考えられる。(虐待、人格障害、行為障害、家庭内暴力、薬物、PTSD、ドメスティックバイオレンス(DV)、摂食障害、高次脳機能障害、パニック症候群、アダルトチャイルド、多動児問題(ADHD)、各種の依存症、宗教問題、自殺問題)

③ PTSD対策機能

近年、大災害、テロ、その他の社会問題とそれらのことから引き起こされる心的外傷後ストレス障害(PTSD)への対応体制整備が、犯罪被害者支援センターをはじめとして急激な広がりを見せている。今後は広域的、かつ緊急的な精神保健問題に対応するための精神科救護的な機能整備も急ぐ必要がある。精神保健分野では阪神・淡路大震災の経験があるが、保健所の精神保健機能には医療面やマンパワーなどの面で一定の限界があるので、保健所については、第一線の総合情報拠点や調整拠点のような役割分担について明確にしていく必要がある。

④ 地域援助(コミュニティワーク)機能

精神障害者の地域支援は多方面に渡る。社会の誤解や偏見、差別的な対応が色濃く残る精神保健福祉分野では、住民教育や社会復帰関係施設の創設のための調整等にこれまで保健所が一定の役割を果たしてきた。しかし、今後はこれらの業務も社会復帰施設や制度づくりの部分も、かなり市町村へ行くことになるので役割の見直しが必要になる。これからは、従来の直接的な調整業務よりも、それらの市町村や民間活動の質や量を担保する

ための間接的な援助—障害保健福祉圏域単位のグランドプランの策定、ケアマネジメントや地域生活支援機能確立のための専門援助、関係者へのコンサルテーション、広域にまたがる社会復帰施設や制度の創設・調整、さらには支援ネットワークづくりなどの業務のウエイトが大きくなる。

⑤ 管内社会復帰施設の指導監督

これらの業務については、今後ともそれらの実施体制の質や量の確保や向上を図らなければならないので、全国的なルールでの指導監督を引き続き保健所が担当する必要がある。

⑥ 情報管理と提供機能

市町村精神保健福祉業務の実施に伴い、直接的なサービスに直結させた市町村単位の情報管理が進み、これまで保健所が把握し提供してきた広域的な情報把握がむずかしくなることが予想される。それらのことは一定程度やむをえないとしても、今後の精神障害者支援の方向性としては、障害者プラン等にも示されているとおり、障害保健福祉圏域単位の地域責任制による支援体制整備が強く望まれる。そこで、現在の、少なくとも2保健所所管区域に該当する障害保健福祉圏域を単位とする医療・保健・福祉情報などの共有化や、精神障害者支援施策の企画立案、さらにはモニタリング（施策評価）等に資するため、あらかじめ様式等を全国的に統一し、これらの情報の一元管理・提供機能を保健所に置くことが望ましいのではないかと。

⑦ 調整、モニタリング機能

市町村を実施軸とする地域完結型の精神障害者地域生活支援を積極的に推進するために、適宜、関連支援施策の効果測定（モニタリング）などを行う広域の調整会議やモニタリングそのものをマネジメントする機能を保健所に置く必要があるのではないかと。また、平成15年度からの3障害統合、「障害者地域福祉元年」に向け、市町村地域福祉計

画の策定などに、広域的・専門的な立場から保健所が積極的に取り組む必要があると考えられる。

（参考資料）

大都市における精神医療のあり方に関する研究：厚生科学研究2000年

保健福祉事務所等精神保健福祉業務の検討（アンケート）結果：神奈川県立精神保健福祉センター・技術援助資料2001年

精神保健福祉センターのあり方に関するアンケート調査：厚生科学研究2001年

平成12年度保健予防課事業実績：神奈川県衛生部保健予防課2001年

精神保健福祉業務主管課長会議資料：厚生労働省2001年

市町村における精神保健福祉業務マニュアル：厚生労働省2001年