

居宅福祉サービス利用相談の積算

- 都道府県保健所における相談、訪問指導、社会復帰の合計(前述の表1)
- 平均人口10万対 1.56人、中央値 1.01人
- 保健所における居宅福祉サービス利用相談の被指導延人員の割合
- 平均3.5%、中央値0.14%

以上から

- 居宅福祉サービス利用相談のマンパワー
平均人口10万対 0.054人、中央値 0.0014

居宅福祉サービス相談と 通院医療費等の合算

- 通院医療費等の業務量(表1より)
- 平均人口10万対 0.31人、中央値 0.20人

これらを合算

平均人口10万対 0.36人
中央値 0.20人

- 現状での都道府県保健所におけるそれらの業務量から推計したマンパワー

結果3

業務実績、業務時間等を基礎とした
居宅福祉サービス利用相談、通院
医療費公費負担等の業務量の推計

- 現状での都道府県保健所におけるそれらの業務量と等しい業務量が市町村で必要となると仮定し、各業務量を積み上げて推定

積算

- 各業務の業務実績、業務時間から積算
- 平均人口10万対 172.4時間、中央値 67.4時間

以上を下記の数値で人員換算

- 平成9年度保健婦(士)活動調査結果
- 年間総労働時間を1952時間
- 間接業務時間割合を18.8%
(実習指導、業務管理・業務連絡・事務、研修参加等)

居宅福祉サービス相談と 通院医療費等の積み上げによる推定

マンパワー(人員数)に換算

平均人口10万対 0.11人、中央値 0.043人

窓口業務以外の事務処理にかかる時間等、人口規模・サービス利用者数に関わらず要する業務量を加えると全体のマンパワー

(現状での都道府県保健所におけるそれらの業務量から、積み上げて推計したマンパワー)

結果4

精神障害者訪問介護
(ホームヘルプサービス)事業等の
ニーズを充足するための業務量の推計

- 精神障害者訪問介護事業等のニーズがある精神障害者全員にサービスを提供すると仮定

表3. 精神障害者訪問介護
(ホームヘルプサービス)事業の業務量

	平均値	中央値
サービス利用者数(実数、人)	3.9	2
サービス利用者数(人口10万対人)	18.3	8.1
サービスを利用するまでに要する相談の回数(回)	3.5	3
その一回あたりの時間(分)	48.4	45
関係者・機関間で連絡調整する頻度(年間)	8.6	5
その一回あたりの時間(分)	38.5	30
家庭訪問回数(回)	7.6	4
その一回あたりの時間(分)	77.1	60
対象者1人あたりの総計業務時間(時間)	18.1	8.8

表4. 精神障害者ケアマネジメント体制整備推進事業の業務量

	平均値	中央値
斡旋調整した対象者数(実数、人)	4.8	2
斡旋調整した対象者数(人口10万対人)	19.1	5.5
ケアプラン策定までの相談回数(回)	4.1	3
その一回あたりの時間(分)	67.1	60
サービスが円滑に提供できるまでの相談回数(回)	3.8	3
その一回あたりの時間(分)	48.6	40
サービス導入後に、利用者本人・家族と面談する頻度(年間)	6.9	4.5
その一回あたりの時間(分)	48.3	50
サービス導入後に、関係機関等と連携する頻度(年間)	5.9	3.5
その一回あたりの時間(分)	32.7	30
関係者等のケアカンファレンスに要する時間(1例あたり分)	55.8	60
家庭訪問回数(回)	3.9	2.5
その一回あたりの時間(分)	56.8	60
対象者1人あたりの総計業務時間(時間)	20.9	14.0

既存資料からのデータ

- 平成11年患者調査
 - 総患者数66.6万人および推計入院患者数21.4万人
 - 精神分裂病等の外来患者数は人口10万対357人と推計
- 平成10年度厚生科学研究「精神障害者及び家族のホームヘルプニーズに関する研究」(主任研究者 飛鳥井 望)
 - 精神障害者の37%にホームヘルプサービスのニーズ

精神障害者訪問介護事業等の業務量

- 精神障害者訪問介護事業の業務量
 - 平均 人口10万対 1.51人、中央値 0.73人
- 精神障害者ケアマネジメントの業務量
(対象者は訪問介護事業と同じと仮定)
 - 平均 1.74人、中央値 1.16人
- ニーズのある者全てにサービスを提供する場合のマンパワー

考 察

平成14年当初に必要なマンパワー

- 現状での保健所における居宅福祉サービス利用相談、通院医療費公費負担等に関する業務から推計した場合には、余り大きな推計値とはならなかった
- 現状において精神障害者に対する福祉サービスの提供体制が十分に整っていない地域が多いことが影響
- 今後、体制整備が進むに連れて、その相談等の業務量も飛躍的に増大する可能性

市町村業務が実質的に 徐々に拡大する可能性

- 市町村が精神保健福祉業務に関与を始めると、精神障害者に関する福祉サービス利用以外の一般的な相談や、デイ・ケアなどの法に明示された以外の業務も徐々に担わなければならなくなってくる可能性が高い
- その場合には現在の都道府県保健所での業務量である人口10万対2.02～2.77人に匹敵するマンパワーが必要

ニーズを完全に充足するためには

- 精神障害者訪問介護事業について、ニーズのある者全てにサービスを提供
→ 人口10万対0.73～1.51人の業務量が発生
- 同様の対象にケアマネジメントを提供
→ 1.16～1.74人の業務量が発生

小規模市町村への適用の注意

- 人口規模に関わらない業務量を勘案する必要

その他の精神保健福祉業務

- 包括的に地域の精神保健福祉の向上を目指す場合
 - 福祉サービスや社会復帰施設等の充実を目指すための業務等も重要
 - 心の健康づくり事業、自殺予防事業、その他、精神保健福祉に関する普及啓発等も今後一層重要
- これらの必要業務量の推計については、今回の研究では扱うことができなかったため、別途今後の研究が必要

結 論

市町村での必要マンパワーを推計した

- 現時点での居宅福祉サービス利用相談、通院医療費公費負担等の業務量は人口10万対0.20人～0.36人と推計
- 現在の都道府県保健所並みの精神保健福祉業務を市町村で実施する場合には人口10万対2.02～2.77人のマンパワーが必要
- 精神障害者訪問介護事業について、ニーズのある者全てにサービスを提供すると人口10万対0.73～1.51人の業務が発生

別紙 5

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
特になし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻名	ページ	出版年
岩間真人	災害時における難病患者支援ネットワークづくり	公衆衛生	Vol166/No. 2	P. 134-137	2002
岩間真人	災害時に備え緊急医療手帳を作成	公衆衛生情報	Vol132/No. 3	P. 56	2002
仲宗根正	北部圏域における障害児の療育体制づくり	沖縄の小児保健	28		2002
真栄城、大浜他	北部圏域における障害児の療育体制づくり ー保健所保健婦の視点からの検討ー	日本公衆衛生雑誌	第 48 巻 第 10 号	P. 574	2001
森本幸子、西垣悦代、荻野明美、白石都、維田宏美、二位ゆかり、川見宏美、西田利枝、佐藤八千代	障害者をもつ人の暮らしを地域で支えるために	兵庫県看護協会但馬支部 平成 13 年度看護実践研究発表会集録		P. 48-52	2002
藤田信	児童生徒の防煙対策の焦点を明らかにするモデル事業 (第 1 報)	日本公衆衛生学雑誌	第 48 巻 第 10 号	P. 239	2001

20401019A分19

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

「総合的な地域保健サービスの提供体制に関する研究」（主任研究者 北川定謙）

平成13年度分担研究報告書

これからの地域保健福祉対策に従事する保健婦の 活動のあり方に関する研究

— 区市町村における精神保健福祉活動の実態について —

2002年3月

分担研究者 平野 かよ子 国立公衆衛生院公衆衛生看護学部部長

研究要旨：精神保健福祉法の改正を踏まえ全区市町村を対象とした質問紙調査により、全国の区市町村における平成 13 年度の地域精神保健福祉活動の実態を明らかにした。その結果、交通手段やマンパワーの整備、社会資源の整備については区市の方が充実していた。また、家族会などの住民活動は区市の方が活発で、町村は住民の偏見が強いなど、区市と町村間に差がみられた。区市町村による精神保健福祉対策については、家庭訪問などの地区活動はほとんどの区市町村で実施していたが、来所相談などの精神保健福祉事業を実施しているところは約 2 割程度で、若干ではあるが区市よりも町村の方が実施率は高かった。事業開始のきっかけは、区市では母子や老人の保健事業から、町村では家庭訪問や地区組織活動から把握した住民ニーズであることが特徴的であった。

都道府県型保健所との関係は、市町村の精神保健福祉事業の多くが保健所との共同事業によって実施され、ケース連絡や同行訪問、連絡会議など、保健所との連携が図られていることが明らかとなった。しかし、市町村の意識として保健所が十分機能しているとは見ていない傾向にあった。今後は、福祉部門の役割の広がりや住民の利便性を重視した精神保健福祉施策の推進が予測される中で、保健部門と福祉部門、さらに保健所との新たな役割分担を明確にするとともに、地域の精神保健福祉活動の全体から把握される、精神障害者の生活実態や地域生活環境の現状から保健福祉ニーズを確認し、各地域に必要な事業や活動を展開していくことが必要である。

I 研究目的

精神保健福祉法の改正を踏まえ、地域の精神保健福祉活動を、区市町村の精神保健福祉事業に関する組織体制と事業実施状況、保健所との連携、精神科医療の状況、社会復帰施設等の状況、当事者や住民の活動と意識、および人口、保健所までのアクセス、保健婦の配置等から把握し、全国の区市町村における精神保健福祉の活動パターンの特徴を明らかにするために、本研究では、精神保健福祉活動の実態を明らかにすることを研究目的とする。

II 研究方法

平成 13 年度は、質問紙による「区市町村における精神保健福祉対策に関する調査」を実施した。

1 調査対象

全区市町村 3,310 か所を対象とした。ただし、政令指定都市および中核市、保健所政令市、特別区については、各保健所等を対象とし、それらは 70 か所であった。調査票の記入者は、精神保健福祉業務担当者または保健婦長とした。

2 調査方法

郵送による自記式質問紙調査とし、返信用封筒を同封して郵送による回答を依頼した。

3 調査内容

各区市町村の精神保健福祉活動の実態を把握する項目と区市町村の組織体制地域の社会資源等に関する項目、精神障害者の生活を支援する地域生活環境について把握する以下の項目で構成した。

1)各区市町村の概況と組織体制に関する項目

人口、面積、保健婦数、係長以上の保健婦数、区市町村から保健所へのアクセス、精神保健福祉担当署、増員計画の有無と人数・職種

2)各区市町村の精神保健福祉活動の実態を把握する項目

①精神保健福祉相談事業・訪問指導・面接・デイケアなど当事者を対象とした事業・家族教室など家族を対象とした事業・ホームヘルプ事業・地域住民への普及啓発を目的とした事業・区市町村主催の会議の開催状況等

②交通費補助・小規模共同作業所補助金・福祉手当・医療費補助等の助成・補助制度等の有無と金額等。

③会議やケース連絡、同行訪問等の保健所との連携状況。

④平成14年度以降の区市町村における精神保健福祉対策の方針。

⑤各区市町村の精神保健福祉に関する地域生活環境や活動の充実度。

3)地域の社会資源等と住民活動などに関する項目

①区市町村内の精神科医療機関の数とアクセスのための所要時間、小規模共同作業所や社会復帰施設等の設置数と設置及び運営主体

②精神保健福祉に関する当事者や住民活動の状況と住民の偏見の程度

4)精神障害者が生活しやすい地域環境に関する項目

精神障害者の生活障害に関する報告をもとに、精神障害者の生活のしやすい地域生活環境のあり方に関する52項目の重要度と現状

4 調査期間

平成14年1月10日から2月末日である。

(倫理面への配慮)

調査票の作成においては、精神障害者や住民の個人の情報が特定されないよう留意し、精神障害者当事者や家族に倫理的問題について検討を経た。また、調査の回答は、区市町村を単位とした回答を求めた。

III 研究結果

調査結果については、全項目を区市と町村に分類して集計した。表1-1から表1-5には、結果の概要について示した。詳細については表2から表30に示した。

表1-1 地理的概況 (区市・町村別)

			区市	町村
人口	平均	(人)	119739	11153
面積	平均	(km ²)	141.9	109.8
人口密度	平均	(人)	843.8	101.6

表1-1-1 保健所までの所要時間 (区市・町村別) (分)

			区市	町村
役所－保健所				
		公共交通機関	32.1	52.0
		自動車	15.1	30.3
最も遠い住民－保健所				
		公共交通機関	63.5	81.2
		自動車	41.5	49.4

表1-2 保健婦の配置 (区市・町村別)

			区市	町村
保健婦の配置	平均	(人)	18.3	4.1
係長級保健婦	あり	(%)	86.6	57.0
係長級保健婦数	平均	(人)	3.4	0.8

表1-3 社会資源 (区市・町村別)

			区市	町村
精神科医療機関	あり	(%)	86.0	23.6
	入院施設のある医療機関平均数		2.7	1.7
	入院施設のない医療機関平均数		4.7	1.4
小規模共同作業所	あり	(%)	78.6	24.2
地域生活支援センター	あり	(%)	25.0	3.7
グループホーム	あり	(%)	41.6	6.3

表1-3-1 医療機関への所要時間 (区市・町村別)

			(分)	区市	町村
平均所要時間	役所－医療機関				
		公共交通機関	22.9	50.7	
		自動車	13.4	28.4	
	最も遠い住民－医療機関				
		公共交通機関	51.3	79.7	
		自動車	33.3	49.6	

表1-4 住民の活動と意識 (区市・町村別)

		(%)	区市	町村
家族会	あり		91.2	73.2
当事者活動	あり		43.8	25.4
精神保健ボランティア活動	あり		62.3	25.1
精神障害者支援団体	あり		54.1	25.2
地域住民の偏見	非常に強い		2.5	7.9
	強い		49.6	55.8

表1-5 精神保健福祉活動 (区市・町村別)

			区市	町村
保健事業と助成制度				
精神保健福祉相談	実施率	(%)	22.7	27.0
	実施回数	(年平均・回)	13.8	5.5
訪問指導・面接・相談	実施率	(%)	88.5	90.0
当事者を対象とした事業	実施率	(%)	13.8	24.6
家族を対象とした事業	実施率	(%)	13.6	15.2
地域住民への啓発事業	実施率	(%)	44.0	33.4
地域ニーズの把握	1位		老人保健事業	家庭訪問
	2位		母子保健事業	老人保健事業
	3位		家庭訪問	地区組織活動
区市町村が主催する会議	あり	(%)	13.0	10.2
補助・助成制度	交通費補助	実施率 (%)	25.2	22.2
		補助額 (円/人年)	57,143	39,908
	作業所補助金	実施率 (%)	55.8	25.4
		補助額 (円/人年)	4,845,916	1,532,282
保健所との連携			市	町村
保健所企画調整会議	出席あり	(%)	68.1	65.3
保健所実務担当者会議	出席あり	(%)	80.9	78.4
ケース連絡	実施	(%)	70.3	68.5
同行訪問	実施	(%)	51.7	47.2
主観的評価	十分	(%)	46.7	52.5
	不十分	(%)	52.3	46.3
精神保健福祉活動の充実度			区市	町村
主観的評価	充実している	(%)	20.2	9.6
	充実していない	(%)	66.7	81.9
地域の生活環境			区市	町村
主観的評価	生活しやすい	(%)	25.6	18.0
	生活しやすいとはいえない	(%)	53.5	68.4

1 調査票の回収

調査票の回収数は 2,231 で、回収率 67.4%である。その内訳は、区市 571 (25.5%)、町村 1,660 (74.4%)であった。

2 区市町村の概況

1) 地理的環境等

回答のあった区市町村の人口規模は、5千人未満のところは 18.4%、5千人～1万人未満では 24.5%、1万～3万人未満は 30.1%、3万～10万人未満は 17.3%、10万人以上は、9.7%であった(表 2)。区市の平均人口は 119,739 人、町村の平均は、11,152.6 人であった。人口の最も多いところは、778,913 人で、最も少ないところは、199 人であった。面積は、区市で平均 141.9 km²、町村は平均 109.8k m²であった(表 2)。

区市町村のアクセスの状況を、役所から保健所までの移動時間で聞いたところ、バスや鉄道など公共の交通機関を利用した場合、区市では平均 32.1 分、町村では 52.0 分で、約 20 分の差があった。一方、自動車での所要時間では、区市では平均 15.1 分、町村では 30.3 分で、区市の 2 倍の時間を要していた。また、公共の交通機関と自動車利用での所要時間の差は概ね 20 分前後であった(表 1-1-1)。中にはアクセスとして船を利用する町村もあり、所要時間は平均 79.7 分であった。船の場合は他の公共交通機関の利用に比べ、平均で 30 分多くの時間を要していた。区市町村内のアクセスは、区市に比較して町村の方が悪く、役所から保健所への所要時間が町村の場合平均 1 時間近くを要していた。また、一方、最も遠い住民が保健所を利用する場合には、公共交通機関利用で、区市が平均 63.5 分、町村は 81.2 分であった。自動車では、区市では 41.5 分、町村では 49.4 分で、区市、町村ともに公共交通機関を利用すると 1 時間程度かかる地域があることを示していた。

2) マンパワー

各区市町村における保健婦の配置数は、区市では 10 人以上が最も多く、平均では 18.3 人であり、町村では配置数は 3～5 人のところが最も多く、平均すると 4.1 人であった。係長級以上の保健婦の配置率は、区市で 86.6%、平均 3.4 人、町村では配置率 57.0%で平均 0.8 人であった(表 1-2)。

3 区市町村における精神保健福祉対策の体制整備

精神保健福祉業務の担当部署の有無とその内訳として、保健・福祉・保健福祉の部門について、平成 13 年度時の現状と平成 14 年度以降の予定を聞いた。

1) 平成 13 年度の精神保健福祉対策の担当部署

平成 13 年度においては、担当部署があるところが区市で 76.7%、町村で 87.0%であった。町村の方が担当部署を明確にしているといった結果であった。また、精神保健福祉の担当部署が明確でない区市町村が全体の約 2 割近くあるという状況でもあった。

平成 13 年度の区市における担当部署は、①保健部門②保健と福祉で分担③福祉部門の順に多くなっていた。町村では、①保健部門②保健福祉③保健と福祉分担の順であった(表 3)。

2) 平成 14 年度以降の精神保健福祉対策の部署

平成 14 年度以降予定されている担当部署を平成 13 年度からの変化でみると、全体では、保健と福祉で担当業務を分担するところが 39.5%で最も多くなり、保健は、14.0%に減少し、福祉が担当するところは 12.8%に増加していた。区市の担当部署は、①保健と福祉の分担②福祉部門③保健部門の順で、特に福祉部門はこれまでの約 3 倍となっていた。町村では、①保健と福祉の分担、②保健福祉③保健部門の順であった。町村においては約 4 割が保健と福祉の役割分担の体制を予定していることが明らかとなった(表 3)。いずれにしても、これまで区市、町村ともに保健が中心であった体制から、福祉部門の役割が明確化されたことによって、保健と福祉の役割分担の体制を整えているところと、福祉部門が担当部署として新たに位置づけられるといった変化が生じており、福祉部門の担当領域の拡大が示されていた。

3) 増員計画

平成 14 年からの体制整備のために、職員増員の計画のあるところは区市で 39.4%、町村ではわずか 7.5%で、全体では 15.6%、349 か所にとどまっていた(表 4)。現状の職員数で新たな精神保健福祉業務を担っていこうとしている区市町村がほとんどであることが示された。職種別内訳は、全体では、保健婦が 70.8%で、次に事務職の 32.7%であった。区市と町村の比較では、区市の方が事務職や精神保健福祉士など保健婦以外の職種の増員を考えている割合が多い傾向にあった。また、増員計画のあるところで、その人数はいずれの職種においても平均 1 名程度であった。

4 地域の社会資源

地域の社会資源について、医療、社会復帰施設を中心に実態を把握した。

1) 精神科医療機関

区市町村内に精神科医療機関のあるところは、区市では 86.0%で、町村はわずか 23.6%と、両者に大きな差が見られた(表 5)。そのうち、入院施設を有する医療機関は、区市で平均 2.7 か所、町村で 1.7 か所であり、入院施設がない医療機関は区市で 4.7 か所、町村 1.4 か所であった。入院施設の有無にかかわらず、住民は区内で医療機関を選択できるが、町村は医療機関がないか、あっても 1 か所のみのところが大半であるという状況であった。

医療機関へのアクセスについて、役所から医療機関までの所要時間と、最も遠い住民の場合の自宅から医療機関までの所要時間をみた。役所から医療機関までのアクセスは、公共の交通機関の場合、区市では平均 22.9 分であった。町村では 50.7 分で、2 倍以上の差があった。自動車利用では、区市が 13.4 分、町村が 28.4 分で、この場合も町村の方は区市の 2 倍以上の時間を要していた。また、町村の中には医療機関受診に船利用のところがあつた。その場合は 78.0 分であった。最も遠い住民の場合、自宅から公共交通機関利用し、区市で 51.3 分、町村で 79.7 分であり、自動車では区市 33.3 分、町村 49.6 分であった。区市でも、医療機関受診に 1 時間近くかかる住民もいることが示されていた。

2) 小規模共同作業所

在宅精神障害者の地域の受け皿の中心となっている小規模共同作業所については、区市の約 8 割に設置

され、複数の作業所を有するところが約3割であった。町村では小規模共同作業所の設置されているところは2割強に留まり、小規模共同作業所がない町村は7割以上あった(表6)。

小規模共同作業所の設置主体は、区市、町村ともに家族会が最も多かった。区市と町村の比較から特徴をみると、区市では、運営委員会や当事者団体、住民中心の任意団体、NPO法人が町村に比較して多くを占めていた。逆に、町村の方は、町村や社会福祉法人が区市に比べて多くを占めていた(表7)。運営主体についても、両者とも家族会が多く、設置主体と同様の傾向であったが、区市町村が運営主体となっているところの割合が少なくなり、運営委員会の割合が増加して、区市町村における小規模共同作業所の設立と運営の特徴として捉えられた(表8)。

3) 精神障害者地域生活支援センター

精神障害者地域生活支援センターの設置状況は、全体では225か所であり全体のおよそ1割という結果であった。区市と町村でみると、区市が28.7%、町村はわずか3.7%で(表9)、いずれにしても低い設置状況であった。近隣区市町村の生活支援センターの利用については、区市で15.4%、町村で20.7%であった。設置主体は、区市では医療法人と社会福祉法人が多く、38%前後であるのに比べ、町村は社会福祉法人が44.3%で中心であった。運営主体についても同様の傾向が見られた。今後の設置予定については、平成14年中に75か所、平成15年に25か所、平成16年に12か所、それ以降に9か所が予定されていた。

4) グループホーム等

グループホームについては、全体で15.3%の設置率であった。そのうち、複数あるところは46.4%であった。区市では設置率は41.6%で、複数あるところは55.0%であるのに比べ、町村では、設置率6.3%で、複数あるところが26.7%と、区市と町村には大きな差がみられた(表10)。授産施設については、さらに低い設置状況で、全体で9.6%、生活訓練施設は9.0%の設置で、どちらも1割にも満たない状況であった。

5 住民の活動と意識

家族、当事者、住民の活動についての実態と住民の精神障害者に対する意識については、次のような結果を得た。

1) 家族会

家族会が区市町村内で活動しているのは、区市では91.2%で、町村は73.2%であり、全体の約8割の区市町村に家族会の活動があった(表11)。会員の範囲は、区市では保健所管内を範囲としている家族会が47.8%、区市内を範囲としているのは41.4%であったが、町村は、保健所管内を範囲としている家族会が58.7%で、町村を範囲としているのは34.5%であった(表12)。また、事務局についてみると、区市では、自立しているところは44.0%で、かなりの支援を要するところ25.1%と行政に事務局をおく家族会が24.7%であった。それに対し、町村の家族会は、自立しているところは17.9%のみで、支援を要するところが24.1%、行政に事務局をおいているところが最も多く、50.5%と行政が強力に支援している実態が明らかとなった(表13)。家族会に対する区市町村の支援状況については、区市、町村の両者とも原則的に保健所としているところが約半数であった。特に力をいれているところは、区市で8.8%、町村で15.2%と全体では少ないが、町村の方が2倍近くあった(表14)。

2) 当事者グループや住民活動

当事者グループ、精神保健ボランティア、障害者を支える会などの活動から住民活動については、約2割の区市町村がわからないと答えており、区市町村において十分把握されていない状況にあることがわかった。当事者グループは区市では、43.8%が活動しているが、町村では25.4%であった。精神保健ボランティアは、区市で62.3%、町村で25.1%が活動しており、住民活動のあるのは区市で54.1%、町村で25.2%であった。これらの活動は、区市の方が活発で、精神ボランティア活動や障害者を支える会などの住民活動が半数以上で行われ、25%にとどまっている町村との大きな違いが浮き彫りとなった。

3) 地域住民の意識

精神障害者に対する地域住民の意識を偏見の程度を4段階とし、回答者の主観で聞いた。その結果、区市、町村ともに「強い」が最も多く49.6%と55.8%で、「非常に強い」も区市で2.5%に対し、町村は7.9%であり、「非常に強い」「強い」をあわせるとどちらも半数以上が、偏見が強い区市町村であった。また全体的には区市よりも町村の方が偏見の強い傾向にあった。その判断理由としては、住民の態度や発言が最も多く、ついで当事者や家族の発言であった。また、「わからない」と回答したのは、区市22.2%で町村が11.3%であり、町村の方が住民の意識を把握している傾向にあった。

6 各区市町村の精神保健福祉対策事業の実施状況

各区市町村における精神保健福祉対策事業の実施状況を精神保健福祉相談事業、訪問指導・面接・相談、デイケア等の当事者を対象とした事業、家族を対象とした事業、住民を対象とした啓発事業の実施状況から把握した(表15)。

1) 精神保健福祉相談

精神保健福祉相談事業を実施している割合は、区市(22.7%)、町村(27.0%)ともに20%台であったが、町村の方が事業の実施率は上回っていた。実施回数は、区市が平均13.8回、町村は5.5回であった(表15)。事業実施のきっかけは、区市、町村ともに「地域のニーズ」と「保健所との役割分担」に二分された。そのうち、事業の共同実施は区市で65.5%、町村が78.6%で、町村の方が区市よりも多くなっており、そのほとんどが保健所との共同であった。

2) 訪問指導や相談・面接

訪問指導や相談・面接など随時の活動については、区市が83.5%、町村が90.0%で実施していた。そのきっかけは、相談などを通じた地域ニーズがほとんどであった。

3) 当事者を対象とした事業

デイケアなどの当事者を対象とした事業を実施しているのは、区市で13.8%、町村で24.6%で、町村の方が多く実施しており、半数が住民のニーズからデイケア等の事業を立ち上げていることがわかった。また、共同実施は7割程度で、保健所との共同がほとんどであった。一方、ホームヘルプ事業では、実施しているところは2割程度で、そのうち精神障害者に限定された事業は区市で半数弱、町村2割で、精神障害者に限定したホームヘルプ事業は全体で見ると1割にも満たない状況であった。

4) 家族を対象とした事業

家族を対象とした家族教室などの事業は、区市で 13.6%、町村で 15.2%の実施率であった。年平均実施回数は、区市が 4.2 回、町村で 3.7 回であった。事業実施のきっかけは、地域のニーズと都道府県との役割分担の二つに分かれた。両者ともに実施率は高いとはいえず、家族会の支援状況と合わせてみても、区市町村の家族を対象とした活動は他の事業や活動に比べて実施率の低い活動であった。

5) 地域住民への啓発事業

地域住民への啓発事業では、区市で 44.0%、町村で 33.4%が実施していた。実施回数は平均年 2.4 回程度で両者の差はなかった。そのきっかけは相談などをおした地域のニーズが主で保健所との共同実施が多かった。

6) 各事業の開始したきっかけ

各事業を開始したきっかけのほとんどが、地域ニーズの把握であった。また、母子、老人、介護保険、地区組織活動、各種会議など多岐にわたる保健福祉活動から情報を得て、ニーズ把握を行っていた。区市では老人保健事業、母子保健事業、家庭訪問の順に事業開始のきっかけとなることの多い領域であった。町村では、家庭訪問、老人保健事業、地区組織活動の順であった。区市では事業からのニーズ把握が中心で、町村では地区活動からの把握が中心といった特徴がみられた。

7) 企画会議

区市町村が企画会議等を実施しているところは、区市で 13.0%、町村で 10.2%と 1 割程度であった（表 1-5）。実施回数は平均年 4 回程度であった。実施するようになったきっかけの中には、社会復帰施設の建設などがあげられた。会議の構成メンバーは、係長級以上の区市町村職員が約半数、精神保健福祉部門以外の区市町村職員は約 3 割、保健所職員が 6 割、家族会が 3 割、当事者約 2 割弱で区市と町村はほぼ同じ比率であった。

8) 区市町村の補助・助成制度

精神障害者への補助・助成制度で、交通費を補助しているのは、区市が 25.2%町村が 22.2%であった。年間 1 万円から 3 万円が最も多く、平均では区市 57,143 円、町村 39,908 円と約 1 万 7 千円の差がみられた。小規模作業所の補助金は、区市が 55.8%、町村 25.4%と約 2 倍の違いがあった。補助額においても、平均 4,845,916 円と 1,532,282 円と 3 倍以上の差があった（表 1-5）。

7 保健所との連携共同

保健所との連携については、都道府県型保健所へののみ回答を得た。住民から相談が入った場合の対応の方法としては、市町村で継続的に対応しているのは町村が 1 割程度で、ほとんどが市町村と保健所が相談しながら対応していた。市と町村の比較では、町村の方が「市町村で継続して対応」「保健所に相談しながら市町村で対応」のように市町村に主体性のある回答が若干多い傾向にあった。また、ケースを通じた連携として、ケース連絡と同行訪問について聴いてみた。ケース連絡では約 7 割が行っており、保健所との同行訪問は約半数の市町村で実施されていた。市と町村の違いはほとんどなく、同様の傾向を示してい

た（表 1-5）。

市町村の精神保健福祉活動は、保健事業の実施に限らず、相談の対応やケース連絡、訪問指導においても、保健所との共同、連携した活動が基盤にあり、保健所の主催する会議に市町村職員が出席し実務者の連携が行われている実態が明らかとなった。

保健所へ市町村が支援や情報を求める場合の連絡方法は、「どんな役割を担ってもらえるのか相談も含めて依頼」が7割以上で、「保健所で担って欲しいことを明確にして依頼」が16.6%程度であった（表 17）。会議については、保健所が主催する調整会議については、約7割が市・町村ともに参加していたが、その結果が地域の活動に「反映されている」と答えたのは、そのうちの半数に満たなかった。この比率は市、町村とも同様の傾向であった。実務担当者会議については、8割以上の参加率で、地域の活動へ「反映されている」としたのは、半数以上であり、企画調整会議よりも機能していることが考えられた（表 16）。また、保健所との連携について、「まあ充分」を含めて充分だと感じているところは、市で46.7%、町村は52.5%で、両者ともほぼ同様の傾向であった（表 18）。

現在の地域の精神保健福祉活動の充実度については、充実していると感じている市は12.3%、町村は9.6%でいずれも低い評価であった（表 19）。

8 平成 14 年度以降の精神保健福祉対策の方針

平成 14 年度以降の方針について、「保健医療は保健所で居宅福祉サービスは区市町村が行う」と回答したのは市で22.3%、町村で9.8%、「保健医療は本来保健所の役割だが住民の利便性から市町村が対応を考えている」は市で37.0%、町村が39.1%で両者ともに最も多かった。「相談は受けるが事業の実施は考えていない」のは市で15.9%、町村は24.9%であった。「相談も事業も実施を考えている」のは市で8.9%、町村で14.6%であった。「相談に関してNPOや生活支援センターを考えている」は市で2.7%、町村で2.0%とごくわずかであった。市・町村ともに、地域住民の利便性を考えた対応が重視されていることと、市では在宅福祉サービス事業を実施する方針であること、町村は精神保健福祉の相談は受けるが事業化は積極的でないとといった方針の特徴が伺えた（表 20）。

9 精神障害者の生活を支援する地域生活環境

精神障害者の生活障害に関する文献を中心に、精神障害者の生活を支援する生活環境について検討し、精神障害者の生活を支援する地域生活環境として、52項目の重要度と現状を区市と町村別に表 21、表 22、表 23、表 24 に示した。「とても重要である」と「重要である」を「重要」とみなした結果、各項目ともに、重要度の方が現状よりも高い結果となっていた。95%以上が「重要」と答えた項目は、区市では「よく相談にのってくれる医師がいる」95.8%、「よく相談にのってくれるケースワーカーがいる」95.4%、「家族が相談できる人や機関がある」95.3%などであった。「保健・医療・福祉関係者の連携が積極的である」95.1%であった。町村では、「家族が相談できる人や機関がある」95.2%のみであった。区市、町村で若干順位の違いはあるものの、両者とも相談者やサポート体制等、ソフト面での体制整備に関する項目の重要度が高く、ほとんどの区市町村が「重要」と考えていた。

現状について「整っている」「まあ整っている」を「整っている」とみなすと、「整っている」は、区市で「区市町村内に家族会がある」74.4%がもっとも高く、50%以上でも「家族が相談できる人や機関がある」61.1%、「家族が学習できる場がある」54.6%、「よく相談にのってくれる保健婦がいる」51.8%の4項目であ

った。町村では、「よく相談にのってくれる保健婦がいる」58.5%がもっとも高く、「よく相談にのってくれる民生委員がいる」50.5%の2項目のみが「整っている」と50%以上が回答した項目であった。精神障害者が生活する地域生活環境は、50%以上が整っていると回答した項目数は区市、町村ともに全項目数の1割にも満たず、その内容は区市で家族をサポートする体制や活動で町村では相談できる人であった。また、「整っていない」と8割以上が回答した項目は、区市では「地域生活支援センターに徒歩または自転車で行ける」83.4%、「障害者に無料または安価で食事を提供する施設がある」82.0%、「ショートステイが利用できる」81.1%の3項目であった。町村では27項目あり、そのうち10項目は表30に示したように「地域生活支援センターに徒歩または自転車で行ける」95.7%、「障害者にあった作業所等を選択できる」93.1%「障害者に無料または安価で食事を提供する施設がある」92.8%などであり、「整っていない」のは、両者とも施設やサービスに関する項目が多く、順位に違いはあるものの、ほとんど同様の項目であった。

IV 考察

今回の調査結果から、区市町村における精神保健福祉活動に関する、地域の社会資源、住民活動と住民意識、地域の生活環境と、そのような地域の実態の中で展開されている市町村の精神保健福祉活動と体制整備の現状を明らかにした上で、今後の区市町村における精神保健福祉活動の方向性について以下のように考察した。

1 精神障害者に関する地域の社会資源

今回の調査の結果から、アクセスなどの地理的条件、精神保健福祉に関連する地域の医療機関や社会復帰施設等の社会資源の状況については、区市の方が町村よりも社会資源が豊富にあり、医療機関や小規模共同作業所については、住民がある程度選択できる状況にあった。しかし、町村においては、近隣の医療機関や作業所などを利用せざるを得ない環境にあるところが多く、その整備状況には大きな差があった。医療機関の数については、町村の場合、大半が1か所あるか全くないかといった状況であったが、各市町村が市町村内の医療機関と積極的な連携を行う一方で、住民が近隣の市町村の医療機関を利用している現状から、医療機関の整備区市町村を超えた広域での検討・調整が必要である。これについては、保健所のもつ機能として期待されるところである。

社会復帰施設については、現在のところ、小規模共同作業所が中心的な機能を果たし、地域生活支援センターなどの社会復帰施設は徐々に充実されつつある現状であった。小規模共同作業所の設置主体や運営主体は精神障害者の家族会が最も多いという結果であった。

2 住民活動と住民意識

精神障害者の家族会の活動は、区市で9割、町村で7割にみられた。精神保健福祉の活動として重視されるものである。地域のニーズ等の実態把握や直接的なサービスの提供、行政サービスのモニタリング等の広範囲な役割を担うことが考えられる。しかし、行政の強力な支援を必要としている家族会の自立度を考えあわせると、今後、社会復帰対策のための行政の役割として、家族会育成と小規模共同作業所の設立と運営について支援し活動の活性化を図ることが重要となろう。家族会の主体性を育てつつ、当事者や家族のニーズを地域の問題として発信していく重要な社会資源として機能するように、働きかけることが求められている。

精神障害者への偏見では、町村では約1割が非常に強いとし、全体でも半数が「偏見が強い」と感じていたが、今回は主観的評価であるため、他の地域と比較することには限界があるが、これからの精神保健福祉活動において対策を講じるべき重要な課題である。大島は、共同作業所が設立するときの住民の意識を社会的距離とし、その距離は精神障害者と接点をもつほど小さくなると論じている。小規模共同作業所の設立や一般住民やボランティアとの交流や協力が広まることで、偏見を少なくする方法のひとつとして有効であると考えられる。

3 精神障害者の地域生活環境

精神障害者の生活障害に視点あて、精神障害者が生活しやすい環境として52項目を設定して、その重要度と現状について評価を行った結果、現状は重要度よりも評価が低く、地域のニーズに対応できる環境にあるとは言えない状況であった。生活環境として重要とされているのは、区市、町村ともに本人や家族に対する相談やサポート体制、住民の啓発活動など地域環境の中でもソフト面に関することであった（表25、表26）。

また、現状の評価についても「整っている」と評価された項目は「重要」と評価された項目と概ね同様の傾向にあり、地域の生活環境は、相談できる人や精神障害者やその家族をサポートする人や集団が整うことが重要視され、整備される状況にあることが伺えた（表27、表28）。一方、現状の整備状況として低いのは、区市、町村ともに精神障害者のための施設や精神障害者が生活能力を獲得するための学習の場に関する項目であった。現在整備されつつある地域生活支援センターや共同作業所、デイケアなどの施設設備に合わせ、それらの施設や活動の具体的なプログラムのひとつとして位置づけ、今後充実されることが期待されるものである。各地域の関係機関が果たしている精神障害者が生活しやすくなるための機能についてアセスメントを行い、必要な機能をどの施設・機関がどのような活動を行い、必要な機能を担っていけるのかについて各地域の関係者が共同して検討することが必要である。

4 区市町村における精神保健福祉事業・活動

区市町村における精神保健福祉活動は、地区活動としての相談業務はほとんどの区市町村で実施され、事業の実施率は約1割～2割程度であるが、啓発事業を除き、町村の方が事業の実施率が高いという実態が明らかとなった。これは、14年度以降の方針として住民の利便性を重視していることから窺えるように、住民のアクセスに対応した活動があることを示すものであった。また、事業は、保健所との連携や共同を基盤に実施されており、母子や老人保健活動や地区組織、訪問指導などの市町村で実施されている様々な領域の保健活動からニーズを把握していることが明らかとなった。このことは、住民にとって身近である市区町村がまず相談を受け、保健所などの専門機関との連携、共同の取り組みを通して対応している地域の活動の構造を示していると捉えられる。区市町村が住民の相談をあらゆる保健福祉の領域から受け止めている行政機関であり、住民に身近な存在であるがゆえに発揮できる機能であると言える。区市町村ではボランティアや市民団体との共同事業を中心に活動を展開し、一方、町村では地区組織活動や家庭訪問など住民の生活の場に密着した活動展開であるという特徴が考えられた。この活動形態を活かし、さまざまな保健活動から得られる各区市町村内の精神障害者のニーズから、地域の利便性を重視した精神保健活動の方向性を明確にすることが求められている。

5 区市町村における体制整備

各区市町村における平成 14 年度からの新たな体制は、保健部門中心であったものから、福祉の部門と保健部門が業務の役割分担または保健福祉部門で行う体制が予定されていた。つまり、保健部門から福祉部門側へややシフトする方向である。これまで地域の精神保健福祉活動は保健所が中心となり、区市町村で実施する事業についても保健所との連携のもとに進められた地域の精神保健福祉活動であったが、これまで保健所や区市町村が担ってきた機能に今回の法改正で加わる事業等を位置づけた全体像を現状として捉え、保健所と区市町村の役割分担の構造から保健部門と福祉部門と保健所の三者の関係の中で活動を進めていくという構造を各区市町村が明確にし、新たな地域精神保健福祉対策の推進をめざすことが重要である。しかし、市町村職員の増員計画では、特に町村においてはほとんどの町村では増員計画が予定されていないといった現状であることや市町村合併の推進の動き、保健所と町村役場間の移動時間に 30 分要することを踏まえると、マンパワーや移動手段、時間的な配慮を含めた日常的な連携方法の工夫が求められよう。

6 今後の区市町村の地域精神保健福祉活動の方向性

今回の調査結果を総合すると、大まかに区市と町村の特性として以下のように特徴づけることができよう。

区市では、交通アクセスが発達し社会資源も多く利便性が高く、当事者活動やボランティア活動などの住民活動が充実していた。また、精神保健福祉に関する住民ニーズは母子や老人保健事業などの事業をとおして把握されていた。一方、町村では、アクセスが悪く、社会資源も充実していないことから、住民の精神保健に関する相談を町村が受け止めざるを得ない状況にあり、必要に迫られて精神保健福祉事業を開始している経過があった。家族会などの住民活動はそれほど活発ではなく、どちらかというと行政主導的な活動の展開であった。また、精神保健福祉に関する住民のニーズを家庭訪問や地区組織活動などの地区活動から把握していることも町村の特徴であった。

このように、区市と町村では、地域の精神保健福祉に関する地域環境や事業展開、住民活動の状況に違いがあった。それぞれの地域の特性とこれまでの活動の展開経過を踏まえて、今後の区市町村における精神保健福祉活動のあり方を考えると、まず、区市では、民間のもつ力量と充実した社会資源の機能を最大限に発揮する方策が求められよう。各団体や民間を含めた関係機関の活動の実態把握を行い、地域のもつ精神保健福祉対策としての機能を明確にする必要がある。そして、各保健事業をとおして住民と接する中から精神障害者の生活を支援するニーズを把握し、地域全体でそれらに対応できるように、民間の活動を含めてサービスや制度を整備していくことがこれからの課題である。そのためには、地域に、精神保健福祉に関する企画調整機能をもった連携会議の機能が求められ、すでに保健所で開催されている企画調整の会議の見直しを含め、地域の中にそのシステムを確立することが課題であり、活動パターンの要素としては、社会資源の量、住民活動の活動性及び保健所等の専門機関を含む関係者との連携の質が挙げられる。

町村においては、精神障害者に関係する社会資源やサービスについてその利便性の側面から考えることが必要で、全国的に最も利用者の多い小規模共同作業所や精神障害者生活支援センターの設立に向けた働きかけが有効であろう。小規模共同作業所の設立については、設置主体の多くが家族会であることを考えると、家族会の活動を重点的に支援し作業所の設立をめざすことも一方法であろう。しかし、今回の調査で明らかとなったように、行政の強力な支援を必要とする家族会の自立度や家族会の高齢化による問題を

を考慮すると、運営委員会方式など地域住民の理解や協力を求めるなど支援方法の検討も必要であろう。町村は地域の人的パワーを判断し、各町村にとっても最も有効な方策を検討することが必要であり、町村の活動パターンの要素は、行政による家族会などの住民活動の支援及び保健所等との専門機関による支援システムの構築が挙げられる。

区市及び町村のいずれにおいても、地域内に社会資源を確保していく活動を住民とともに進めていくことが、精神障害者の理解につながり、ひいては偏見を減少させる手がかりとなることが期待できるであろう。

おわりに

本研究では、区市町村における精神保健福祉活動の実態を明らかにしてきた。今後は、各保健所における精神保健福祉活動の実態について市町村支援の側面から把握し、各市町村における精神保健福祉活動のパターンと保健所における活動パターンについて検討し、各パターンに応じた今後の精神保健福祉活動の進め方について示していく予定である。

最後に、本研究をすすめるにあたり、お忙しい中、調査にご協力下さいました、区市町村の精神保健福祉事業担当職員の皆様に心から感謝申し上げます。

表2 人口

	全体		区市		町村	
	数	%	数	%	数	%
5千人未満	410	18.4	-	-	410	24.7
5千～1万人未満	546	24.5	-	-	546	32.9
1万～3万人未満	672	30.1	49	8.6	623	37.5
3万～10万人未満	386	17.3	305	53.4	81	4.9
10万人以上	217	9.7	217	38.0	-	-
計	2231	100.0	571	100.0	1660	100.0

表3 精神保健福祉の担当部署

	全体		区市		町村	
	数	%	数	%	数	%
平成13年度						
保健	732	32.8	213	37.3	519	31.3
福祉	126	5.6	56	9.8	70	4.2
保健福祉	496	22.2	46	8.1	450	27.1
保健と福祉で担当業務を分担	584	26.2	148	25.9	436	26.3
その他	31	1.4	6	1.1	25	1.5
無回答	262	11.7	102	17.9	160	9.6
計	2231	100.0	571	100.0	1660	100.0
平成14年度以降						
保健	313	14.0	102	17.9	211	12.7
福祉	286	12.8	173	30.3	113	6.8
保健福祉	527	23.6	48	8.4	479	28.9
保健と福祉で担当業務を分担	881	39.5	194	34.0	687	41.4
その他	31	1.4	9	1.6	22	1.3
未定	158	7.1	34	6.0	124	7.5
無回答	35	1.6	11	1.9	24	1.4
計	2231	100.0	571	100.0	1660	100.0

表4 精神保健福祉のための職員増員計画

	全体		区市		町村	
	数	%	数	%	数	%
①増員計画の有無						
ある	349	15.6	225	39.4	124	7.5
ない	1441	64.6	193	33.8	1248	75.2
未定	425	19.0	149	26.1	276	16.6
無回答	16	0.7	4	0.7	12	0.7
計	2231	100.0	571	100.0	1660	100.0
②増員計画人数内訳						
保健婦	247	70.8	158	70.2	89	71.8
精神保健福祉士	47	13.5	37	16.4	10	8.1
事務職	114	32.7	88	39.1	26	21.0
その他	37	10.6	26	11.6	11	8.9