

件数の多い病院と少ない病院に群別され、両群間で退院に関する指標の平均値が比較された。件数の多い病院群では、平均残存率は有意に低く、3～12か月時点退院率、退院率、社会復帰率は有意に高かった。1か月時点、2か月時点退院率も件数の多い病院群で高かったが、有意差はなかった。著者らはこの結果から、病床規模に比べてデイ・ケア等の件数が多い病院では、少ない病院に比べ新規入院患者の退院までの期間が短く、また入院期間が比較的長期にわたる患者についても、より早期の退院となる可能性を指摘している。

竹島らは、精神療養病棟は病床ベースで27%にも及び、実態としてその機能は多様になっている可能性があることから、異なる入院料病棟の間で在院患者の特性(年齢、在院期間)を比較した<sup>1)</sup>。さらに、専門病棟の設置時期やそれと職員配置との関連を調査し、精神科病院の機能分化における精神療養病棟の役割を検討した。その結果、精神療養病棟は、他の特定入院料病棟よりも在院患者の年齢および在院期間が広く分布し、実態として担っている機能が多様になっていることが示唆された。また精神療養病棟の設置は、その後の職員配置の充実や、それにより可能となる急性期型の専門病棟の設置への基盤づくりに寄与してきた可能性があることが示唆された。

### 今後の630調査の展望

平成25(2013)年精神保健福祉法改正に伴い、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わるすべての関係者が目指すべき方向性として「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が定められた。この指針は、(第1)精神病床の機能分化に関する事項、(第2)精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項、(第3)精神障害者に対する医療の提供に当たっての医師、看護師その他の医療従事者と精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項、

(第4)その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項で構成され、(第1)には、入院期間が1年未満の精神障害者に対する医療を提供するための体制の確保、重度かつ慢性の症状を有する精神障害者以外の、入院期間が1年以上の長期入院精神障害者に対する医療を提供するための体制の確保等の項目がある。改革ビジョンにおいて長期入院を1年以上とするという考え方が定まったが、それから10年を経過し、630調査等の分析結果を基に、長期入院の定義を短縮する日も遠くはないかもしれない。また、「地域における医療および介護の総合的確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(医療介護法)が平成26(2014)年6月に成立し、今後の医療法の改正の中で、2025年に目指すべき医療機能別必要量等、医療提供体制の枠組みと実現方策が策定される見込みであり、精神科医療においても機能別必要量の算定方法の検討が課題となっている。そのことを踏まえ、平成26年度630調査においては、①精神科病院における平成26年1～6月の新入院患者、②精神科病院および精神科診療所等における平成26年6月30日外来受診者、③都道府県・政令指定都市が平成26年1～6月の6か月間に受理した通報等に関する追加調査を実施し、より実態を踏まえた、実効性の高い政策立案に寄与することを目的とし、今後の地域における精神保健医療福祉の充実に資することとしている。平成26年度調査は、今後の630調査のあり方と内容にも影響を与える可能性があるが、何よりも、630調査が国・都道府県の行政だけでなく、精神科医療の提供者、そして利用者である国民にも役立つ、公平な資料として提供されるよう、さらに努力を続ける必要がある。

### 文 献

- 1) 竹島 正, 小山明日香, 河野聡明, ほか. 「改革ビジョン」の進捗状況のモニタリングと評価に関する研究—「かえるかわる 精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ」の改訂—. 平成21年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究(研究代表者:竹島 正)」報告・分担研究報告書. 2010.

- p. 21.
- 2) 下田陽樹, 竹島 正, 立森久照. 「精神保健医療福祉のモニタリングとしての630調査の経緯と今後の方向」. 精神保健研究 2014 ; 60 : 3.
  - 3) 立森久照. 「故字で押さえる精神保健医療福祉—630調査から見えること—精神保健福祉資料630調査とは?」. 公衆衛生情報 2011 ; 41 : 20.
  - 4) 立森久照. 「精神病院・社会復帰施設等の実態データの収集方法とその有効活用に関する研究」. 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神病院・社会復帰施設等の実態把握及び情報提供に関する研究(主任研究者:竹島 正)」総括・分担研究報告書, 2005. p. 45.
  - 5) 竹島 正, 河野稔明, 小山明日香, ほか. 「改革ビジョン」の進捗状況のモニタリングと評価に関する研究—「精神保健福祉資料」に係る電子調査票の開発と本運用—. 平成21年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究(研究代表者:竹島 正)」総括・分担研究報告書, 2010. p. 9.
  - 6) 立森久照, 臼田謙太郎, 後藤基行, ほか. 「630調査等による精神保健医療福祉のマクロ動向の分析に関する研究」. 平成25年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究(研究代表者:竹島 正)」総括・分担研究報告書, 2014. p. 35.
  - 7) 竹島 正, 立森久照, 長沼洋一, ほか. 「新たな精神病床算定式の合理性の検証と精神医療改革の実現に関する研究—新たな病床算定式による各都道府県別の基準病床数に関する研究—. 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)「新たな精神病床算定式に基づく, 早期退院と社会復帰促進のための精神保健福祉システムに関する研究(主任研究者:竹島 正)」総括・分担研究報告書, 2005. p. 15.
  - 8) 立森久照, 長沼洋一, 小山明日香, 竹島 正. 「精神保健医療の現状把握に関する研究」. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究(主任研究者:竹島 正)」総括・分担研究報告書, 2008. p. 197.
  - 9) 小山明日香, 小山智典, 立森久照, ほか. 「各都道府県の1年未満入院患者群の退院に関する指標「平均残存率」に関連する要因の検討」. 日本社会精神医学会雑誌 2008 ; 17 : 159.
  - 10) 長沼洋一, 立森久照, 小山明日香, 竹島 正. 「精神科病院における精神科デイケア等の実施状況と患者の退院状況の関連」. 日本社会精神医学会雑誌 2008 ; 17 : 3.
  - 11) 竹島 正, 河野稔明, 立森久照, 森 隆夫. 「既存の統計資料を用いた機能分化の現状分析と将来予測」. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「精神科病院の機能分化に関する実態の分析と方法論の開発に関する研究(主任研究者:山内慶太)」総括・分担研究報告書, 2011. p. 119.

\* \* \*

## 保健所における精神保健福祉業務の現状と課題

アカザワ 赤澤  
マサト 正人<sup>\*、2\*</sup>  
ウダ 宇田  
ヒデノリ 英典<sup>3\*</sup>  
タケシマ 竹島  
ノグチ 野口  
タダシ 正<sup>2\*</sup>  
マサユキ 正行<sup>4\*</sup>  
タチモリ 立森  
シバヤ 澁谷  
ヒサテル 久照<sup>2\*</sup>  
いづみ<sup>5\*</sup>

**目的** 保健所における「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** 全国の保健所495か所を対象に、平成24年に郵送による質問紙調査を実施した。保健所を県型、中核市型、指定都市型の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** 回収数は308か所（62.2%）であった。保健所の型別の回収数は、県型239か所（63.9%）、中核市型48か所（67.6%）、指定都市型21か所（42.0%）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、県型99か所（41.4%）、中核市型32か所（66.7%）、指定都市型8か所（38.1%）であった。担当業務の概ね4分の3以上が精神保健福祉業務である職員数は、県型においてより少ない傾向がみられた。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、県型205か所（85.7%）、中核市型42か所（87.6%）、指定都市型14か所（66.7%）であった。精神保健のグループワークは、中核市型において半数以上の27か所（56.3%）で実施されていたが、県型では75か所（31.4%）、指定都市型で8か所（38.1%）であった。県型保健所における市町村への協力および連携の内容では、精神保健福祉相談・訪問指導（83.5%）が最も高く、次いで精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討（44.6%）、事例検討会（42.0%）であった。また、主たる領域・対象では、対応困難事例（84.8%）が最も高く、次いで社会復帰・地域移行（59.5%）、自殺対策（44.2%）であった。

**結論** 障害者自立支援法、自殺対策基本法の成立など、近年の法制度の整備とともに、保健所の精神保健福祉業務の実施体制と業務内容に変化が起きている可能性が示唆された。運営要領改訂に当たっては、この点を考慮する必要があると考えられた。

**Key words** : 保健所, 精神保健福祉業務, 運営要領, 市町村

日本公衆衛生雑誌 2014; 61(1): 41-51. doi:10.11236/jph.61.1\_41

### I はじめに

保健所における精神保健福祉業務の歴史的な背景をみると、1965年の精神衛生法改正に伴い翌年通知された「保健所における精神衛生業務運営要領」<sup>1)</sup>（以下、旧運営要領）において、保健所は地域にお

ける精神衛生行政の第一線機関とされ、精神衛生相談や訪問指導等が規定され、その後、保健所デイケア、精神障害者家族会の育成、地域作業所づくり、当事者活動の育成等に取り組んできた。現在の保健所における精神保健福祉業務は、1998年の精神保健福祉法改正に伴い、精神障害者の福祉サービスの利用に関する相談・助言の窓口を市町村にすることとした「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」<sup>2)</sup>（2000年厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知。2005年の障害者自立支援法に伴い最終改正。以下、運営要領）に基づき行われている。それによると、保健所は地域精神保健福祉業務の中心的な行政機関とされ、その業務は、(1)企画調整、(2)普及啓発、(3)研修、(4)組織育成、(5)相談、(6)訪問指導、

\* 兵庫県こころのケアセンター

<sup>2\*</sup> 独国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

<sup>3\*</sup> 鹿児島県鹿児島地域振興局保健福祉環境部兼伊集院保健所

<sup>4\*</sup> 岡山県精神保健福祉センター

<sup>5\*</sup> 愛知県豊川保健所

連絡先：〒651-0073 兵庫県神戸市中央区脇浜海岸通 1-3-2

兵庫県こころのケアセンター 赤澤正人

(7)社会復帰及び自立と社会参加への支援, (8)入院及び通院医療関係事務, (9)ケース記録の整理及び秘密の保持等, (10)市町村への協力及び連携に大別されている。

旧運営要領から半世紀近く, 運営要領から10年以上経過したが, この間, 1994年には地域保健法の施行により, 住民に身近で頻度の高いサービスの実施主体は市町村に位置づけられた。さらに, 1999年の「地方分権一括法」により, 地方分権の推進が明確化され, 「平成の大合併」により, 2001年に3,226か所あった市町村は, 2009年には1,777か所まで減少した<sup>4)</sup>。また, 2005年の障害者自立支援法により, 障害の種別(身体障害, 知的障害, 精神障害)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, 都道府県はこれを広域的な観点からバックアップすることが求められるようになった<sup>3)</sup>。

その一方, 近年では, 自殺や発達障害を含む多様なメンタルヘルスの問題への対応が期待され, 保健所の地域精神保健福祉業務にも変化が求められている<sup>5)</sup>。こうした地域保健体制の変化とメンタルヘルスの課題の多様化の中で, 保健所は, 地域保健対策の広域的・専門的・技術的推進のための拠点として, 市町村を支援することが求められている。しかしながら, 住民の保健福祉に関する基本的なデータは市町村が保有するなど, 県型保健所においては情報拠点としての機能が難しくなるなどの問題も生じている<sup>6)</sup>。また, 都道府県の保健師数の減少などから保健所の市町村に対する優位性にも課題が生じている<sup>6)</sup>。さらに, 現在の保健所の状況は, 人員, 圏域の広さを含めて各地域で大きく異なり, 設置形態によっても期待される役割も異なるのが現状である<sup>7)</sup>。

こうした背景をふまえ, 本研究では全国の保健所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本研究の目的とした。

## II 方 法

### 1. 調査対象

平成23年4月現在の全国の保健所495か所を対象とした。

### 2. 調査方法

本研究では, 郵送による質問紙調査を行った。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。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。

## 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および非常勤職員数, 主たる業務が精神保健福祉の常勤および非常勤職員数(担当業務の概ね4分の3以上である職員), 精神科嘱託医数(非常勤)を尋ねた。

### 2) 精神保健福祉業務

とく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) 管内の精神保健福祉の実態に係る資料

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

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

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、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。

#### (8) 平成23年4月1日から9月30日までの6か月間における入院および通院医療関係事務

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。さらに、都道府県知事、政令指定都市市長が行う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) 市町村への協力および連携

連絡調整のあった市町村ごとに、主たる内容、主たる領域・対象を尋ねた。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、心身喪失者等医療観察法、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。

なお、運営要領にある、企画調整、ケース記録の整理および秘密の保持等については、調査項目の設定が困難であることや、回答のあった場合も、他の調査項目への回答と重複する可能性があることから、調査項目を設定しなかった。

#### 4. 解析方法

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、保健所政令市、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。

なお、データクリーニングの段階で、職員数、入院および通院医療関係事務の各件数については、件数が「0」の場合に無記入で回答する事例が目立った。このため、回答の届くたびに該当の保健所に「0」であることの確認を行ったが、その後も同様の事例が続いたため、件数が「0」を無記入としていると思われる事例は、無記入のか所を「0」と扱うこととした。その他の無回答についても同様の扱いとした。

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、調査に関する質問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、対象が調査に同意したものとした。

### III 結 果

#### 1. 保健所の回答状況

308か所の保健所から回答が得られた（有効回答率62.2%）。各地の保健所数に対する回答割合は、北海道17か所（56.7%）、東北34か所（68.0%）、関東甲信越静岡84か所（56.4%）、東海北陸41か所（64.1%）、近畿34か所（53.1%）、中国四国41か所（71.9%）、九州沖縄57か所（70.4%）であった。型別の回答数と有効回答率は、県型239か所（63.9%）、中核市型48か所（67.6%）、指定都市型21か所（42.0%）であった。

#### 2. 保健所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別であったのは、県型99か所（41.4%）、中核市型32か所（66.7%）、指定都市型8か所（38.1%）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保健所数であり、表中の%は各保健所型内における度数の割合である。県型は、中核市型、指定都市型に比べて、より少ない人員配置となっている傾向がみられた。精神科嘱託医数の平均は県型2.42（SD=2.85）、中核市型4.02（SD=7.66）、指定都市型3.62（SD=7.33）であった。

#### 3. 精神保健福祉業務

##### 1) 保健所の所有する管内資料

管内資料を保有している保健所の割合を表3に示

表1 精神保健福祉業務を担当している常勤職員数

	人数	県 型		中核市型		指定都市型		計	
		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	76.6%
	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

	人数	県 型		中核市型		指定都市型		計	
		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4分の3以上)であることを指す。

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，県型，中核市型，指定都市型ともに概ね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%台であった。また，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，県型が28か所(11.7%)でとくに低かった。

表3 精神保健福祉の状況に係る資料を保有している保健所の割合

	県型 N=239	中核市型 N=48	指定都市型 N=21
管内住民の精神健康に関する調査結果	56(23.4%)	14(29.2%)	6(28.6%)
管内の精神科病院のリスト	234(97.9%)	46(95.8%)	20(95.2%)
管内の精神神経科診療所のリスト	232(97.1%)	48(100%)	20(95.2%)
管内の自立支援医療(精神通院医療)の利用者の実数	204(85.4%)	39(81.3%)	17(81.0%)
精神障害者保健福祉手帳の所持者数	206(86.2%)	39(81.3%)	18(85.7%)
管内の自立支援法の障害福祉サービスの施設リスト	209(87.4%)	40(83.3%)	16(76.2%)
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	28(11.7%)	27(56.3%)	14(66.7%)

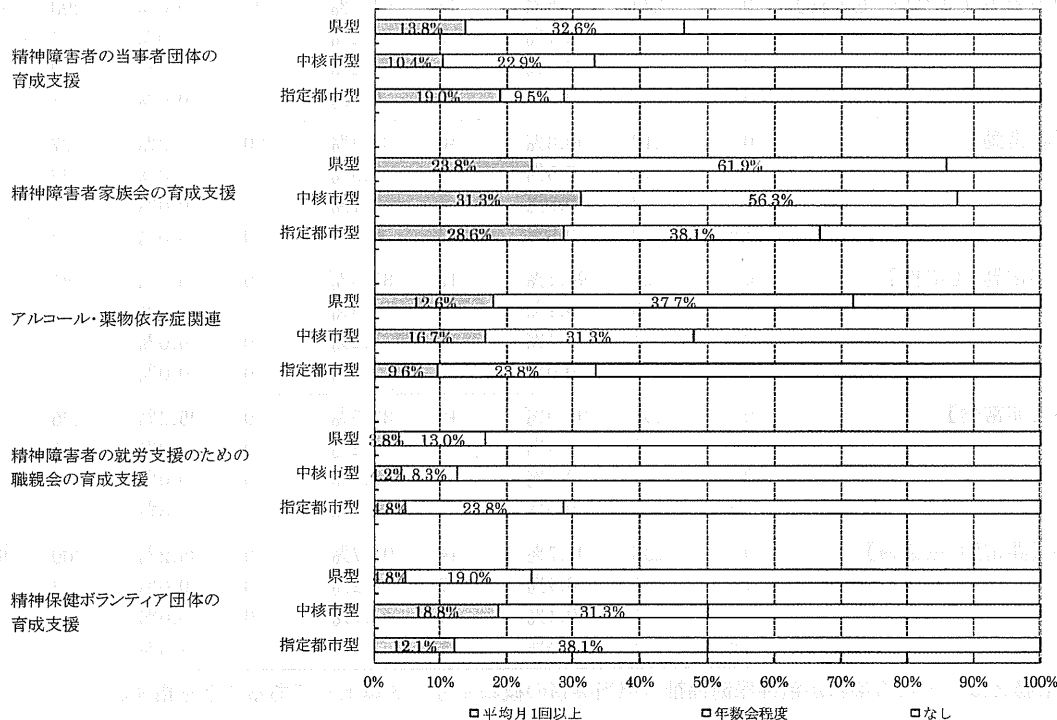
2) 普及啓発の取組

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では，保健所として主催しているものがある割合は，県型186か所(77.8%)，中核市型47か所(97.9%)，指定都市型13か所(61.9%)であった。また，他機関等の実施に協力している割合は，県型125か所(52.3%)，中核市型18か所(37.5%)，指定都市型8か所(38.1%)であった。家族や障害者本人に対する教室に主催しているものがある割合は，県型143か所(59.8%)，中核市型38か所(79.2%)，指定都市型15か所(71.4%)であった。また，他機関等に協力(保健所職員が企画に参画)している割合は，県型76か所(31.8%)，中核市型9か所(18.8%)，指定都市型4か所(19.0%)であった。

3) 研修事業

保健所として主催しているものがある割合は，県型184か所(77.0%)，中核市型30か所(62.5%)，指定都市型3か所(14.3%)であった。また，他機関等に協力している割合は，県型59か所(24.7%)，中核市型7か所(14.6%)，指定都市型4か所(19.0%)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を主催している割合は，県型185か所(77.4%)，中核市型26か所(54.2%)，指定都市型7か所(33.3%)であった。また，他機関等に協力(保健所職員が企画に参画)している割

図1 保健所における組織・団体への育成支援の割合





合は、県型63か所(26.4%)、中核市型10か所(20.8%)、指定都市型6か所(28.6%)であった。

4) 組織育成のための助言指導の機会

組織育成のための助言指導の機会の頻度を図1に示す(「平均して週1回以上の機会がある」を「平均して月1回以上の機会がある」に計上して集計)。助言指導の機会がある割合は精神障害者家族会の割合が高かった(県型85.7%、中核市型87.6%、指定都市型66.7%)。一方で、精神障害者就労支援のための職親会に対する助言指導の機会の割合は低かった(県型16.8%、中核市型12.5%、指定都市型28.6%)。なお助言指導の頻度は、年数回程度が多かった。

5) 精神保健福祉相談

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か所(97.5%)、43か所(89.6%)、18か所(85.7%)であった。また、精神科嘱託医による面接相談は「定期的実施」が最も多く、それぞれ208か所(87.0%)、43か所(89.6%)、16か所(76.2%)であった。

専門相談日のある保健所の割合を表4に示す。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か所(18.0%)、中核市型14か所(29.2%)、指定都市型6か所(28.6%)であって、思春期精神保健、ひきこもりが次いで多かった。最も低かったのは社会復帰で、県型8か所(3.3%)、中核市型2か所(4.2%)、指定都市型1か所(4.8%)であった。

6) 訪問指導

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行っている」と回答したのは、県型86か所(36.0%)、中核市型27か所(56.3%)、指定都市型8か所(38.1%)であった。それよりも少ない頻度で実施していると回答したのは、県型150か所(62.8%)、中核市型19か所(39.6%)、指定都市型9か所(42.9%)であった。

表4 専門相談日がある保健所の割合

	県型 N=239	中核市型 N=48	指定都市型 N=21
アルコール問題について	43(18.0%)	14(29.2%)	6(28.6%)
思春期精神保健について	43(18.0%)	13(27.1%)	2(9.5%)
ひきこもりについて	39(16.3%)	9(18.8%)	1(4.8%)
認知症について	24(10.0%)	10(20.8%)	1(4.8%)
薬物乱用・依存について	12(5.0%)	6(12.5%)	1(4.8%)
社会復帰について	8(3.3%)	2(4.2%)	1(4.8%)

7) 社会復帰および自立と社会参加への支援

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は、中核市型において半数以上の27か所(56.3%)が実施していたが、県型および指定都市型では実施している保健所の割合が低くなっていた(県型31.4%、指定都市型38.1%)。

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、中核市型の半数が取組んでいたが、県型では27か所(11.3%)、指定都市型では7か所(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、精神障害者精神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、各型の保健所において「なし」の割合が高かった。

8) 入院および通院医療関係事務

平成23年4月1日から9月30日までの6か月間における実績を表6に示す。各保健所の参画状況は、措置入院の移送に関しては、事前調査および立会件数は、各型の保健所において半年間で平均5件未満であった。また、医療保護入院および応急入院の移送に関しては、どちらも各型において半年間で平均1件未満であった。

精神科病院に対する指導監督では、精神保健福祉

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保健所の割合

	県型 N=239	中核市型 N=48	指定都市型 N=21
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)	75(31.4%)	27(56.3%)	8(38.1%)
自立支援法関連施設・サービスへの指導監督	73(30.5%)	5(10.4%)	5(23.8%)
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	27(11.3%)	24(50.0%)	7(33.3%)
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	25(10.5%)	10(20.8%)	4(19.0%)

表6 精神保健福祉法第34条の実績の平均値<sup>注1)</sup>

	県型 N=239 M(SD)	中核市型 N=48 M(SD)	指定都市型 N=21 M(SD)
事前調査の件数	2.04(4.98)	0.21(1.30)	4.90(9.31)
措置入院のための移送	1.79(4.21)	0.42(1.92)	4.10(8.84)
医療保護入院および応急入院のための移送	0.31(2.00)	0.04(0.20)	0.19(0.51)
移送への立会件数	0.29(2.00)	0.02(0.14)	0.14(0.48)

注1) 平成23年4月1日から9月30日までの6か月間の件数である

法に基づく実地指導を実施しているのは、県型117か所(49.0%)、中核市型3か所(6.3%)、指定都市型6か所(28.6%)であった。また、実地指導に参画しているのは、県型90か所(37.7%)、中核市型12か所(25.0%)、指定都市型7か所(33.3%)であった。精神保健福祉法に基づく実地審査を実施しているのは、県型110か所(46.0%)、中核市型3か所(6.3%)、指定都市型4か所(19.0%)であった。また、実地審査に参画しているのは、県型70か所(29.3%)、中核市型7か所(14.6%)、指定都市型7か所(33.3%)であった。

4. 市町村への協力および連携

県型保健所における市町村への協力および連携に

記載のあった市町村1,006か所における主たる内容を図2に示す(複数回答)。精神保健福祉相談・訪問指導(83.5%)が最も高く、次いで精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討(44.6%)、事例検討会(42.0%)が高かった。主たる領域・対象を図3に示す(複数回答)。対応困難事例(84.8%)が最も高く、次いで社会復帰・地域移行(59.5%)、自殺対策(44.2%)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

4割以上の県型保健所で、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

図2 県型保健所における市町村との協力および連携の主たる内容(複数回答)

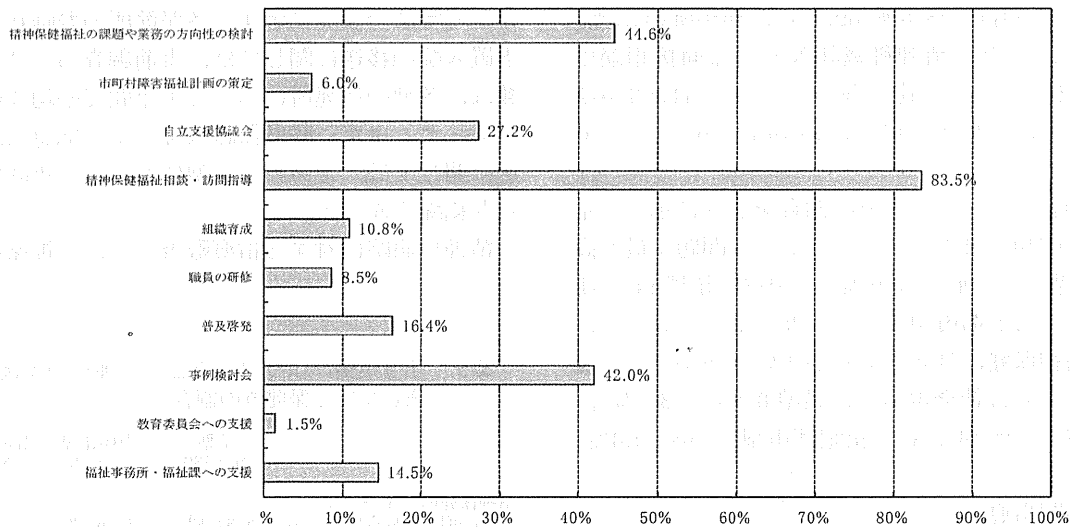
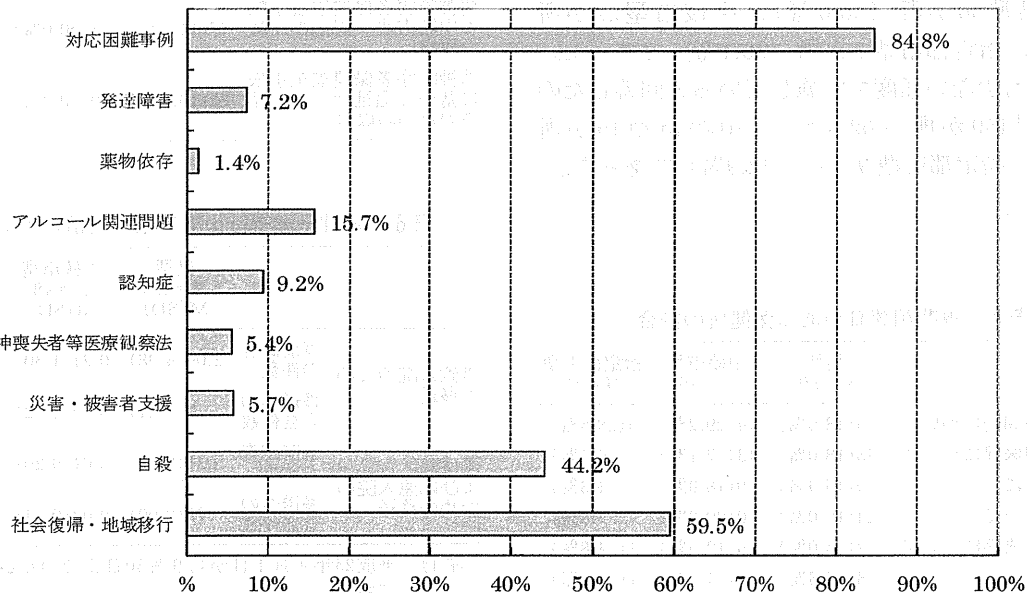


図3 県型保健所における市町村との協力および連携の主たる領域・対象(複数回答)



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、障害者自立支援法の成立によって、これまで精神保健福祉法に規定されていた精神障害者の福祉に関する事項が、身体障害、知的障害とともに障害者福祉として、障害者自立支援法の事務を担当する課に集約された可能性がある。

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・看護師であって、県型保健所では、中核市型、指定都市型保健所に比べて少ない傾向が示唆された。同様の傾向は、平成21年度地域保健総合推進事業「保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する研究報告書」<sup>9)</sup>でも示されているが、本研究では管内人口と管内面積に関する情報が含まれていないため、その解釈には十分な注意が必要である。

## 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、障害者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の資料を保有していた県型保健所は約1割であり、中核市型、指定都市型保健所に比べて低かった。これには、障害者自立支援法による障害者福祉サービスの実施主体が市町村福祉部門であることが影響していると考えられた。また、管内住民の精神健康に関する調査結果を有している保健所は各型保健所において2割台であった。これらの資料や情報は、地域精神保健福祉活動の基盤となるものであり、市町村や関係諸機関との連携による情報共有と充実が望まれる。

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、県型、中核市型、指定都市型とも同様の傾向であった。次いで高かったのは、アルコール・薬物依存症関連の自助グループ、精神障害者の当事者団体の育成支援であった。1965年の精神衛生法改正以降、保健所において患者家族会や当事者団体の活動に対する支援が行われてきたが、地域保健・健康増進事業報告<sup>9)</sup>からも明らかのように、保健所の精神保健福祉の組織育成支援件数は減少しているものの、相対的には精神障害者家族会の育成支援が上位にあったと考えられる。精神保健福祉のニーズが多様化する中で、地域性を考慮しつつも、組織・団体の育成支援の対象および方法を明確にしていくことが必要と思われる。

精神保健福祉相談でほとんどの保健所が随時相談に対応していた。定期的な専門相談日を設定している割合は、中核市、指定都市型が県型に比べて高かった。専門相談日に、アルコール問題、思春期精神保健、ひきこもりが多く、社会復帰が少ないことに

は、障害者自立支援法の成立の影響と、地域における精神保健福祉のニーズの変化が影響していると考えられた。

訪問指導を「ほとんど実施していない」、「実施していない」割合が、指定都市型で2割近くになっていた。この理由として、保健所と保健センター等で役割分担がなされ、訪問指導については保健センター等の役割に位置づけられている可能性がある。

精神保健のグループワークを実施していない保健所は、県型と指定都市型で6割を超えており、中核市型でも4割を超えていた。かつて保健所は、1975年の「精神障害者社会復帰相談事業」をもとに、精神障害者デイケア、グループワークの提供に大きな役割を担ってきた。保健所デイケアの実施状況を調査した植村らの報告<sup>10)</sup>には、精神障害者を取り巻く法律が整備されたことや、保健所以外のデイケア実施施設や共同作業所等の社会資源が充実してきたこと、障害者自立支援法等に伴い、保健所デイケア、グループワークの実施割合は大きく減少していることが示されている。本調査では、精神保健のグループワークという言葉を用いて、従来の保健所デイケアに限らず、地域に適切な支援の場のないひきこもり、発達障害などを対象にしたグループワークも含めた回答を得ていることに注意したい。

精神科病院に対する指導監督、精神保健福祉法に基づく実地審査については、都道府県知事・政令指定都市市長の権限とされているが、保健所長に権限委譲されているものや、権限委譲がなくてもそれに参画している保健所が少なくないことが分かった。中核市市長への権限委譲の有無を含めて、保健所における実地指導・実地審査の実施・参画についての更なる実態把握が望まれる。

県型保健所における市町村への協力および連携では、精神保健福祉相談・訪問指導、精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討、事例検討会が大きな比重を占めていた。また、主たる領域・対象では対応困難事例、地域移行・社会復帰、自殺対策が大きな割合を占めていた。こうした領域・対象における、保健所に対する市町村の期待の大きさが改めて浮き彫りになるとともに、市町村へのそうした支援を一層充実させていくことの必要性が示唆された。全国保健所長会は、保健所はとくに医療行政を中核的に担いながら、保健福祉を担う市町村と協同していくといった重層的な関係を再構築していくことが地域保健の充実強化に必要であると提言している<sup>11)</sup>。これらが保健所と市町村との連携の構築およびその発展の好事例、すなわち保健所による医療面を中心としたサービスと市町村が担う保健福祉サービスが一

体となった利用者本位のサービスを提供することができる地域ケア体制<sup>11)</sup>を示す可能性がある。

### 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。次に、管内面積や管内人口に関する情報を含んでいないため、保健所型間における比較の解釈に注意を要することである。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3/4以上が精神保健福祉業務に当たる者として、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、上記以外の区分で回答を求めた。その結果、「1」以上の人数のないところは「0」の記載のないままの空欄で回答しているケースが多く、データクリーニング上、空欄は「0」として扱わざるを得なかった。また、担当業務の概ね3/4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、業務の多くが精神保健福祉業務であっても、それが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。

そして、何より重要なことは、現在の運営要領は「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」となっているにも関わらず、本報告には市町村を対象にした調査結果が含まれていないことである（筆者らは市町村を対象とした調査も実施しており、別途報告の予定である）。しかしながら、本調査の回答率は6割であって、結果の一般化は慎重に行わなければならないものの、保健所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。

さて、現在の運営要領は、「精神保健福祉センター運営要領」とともに、1965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づけられた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、障害者自立支援法の成立後の業務実態は大きく変わっている。また、医療計画の記載事項に精神疾患が挙げられたことも今後影響を及ぼしていくであろう。さらに、地域保健対策の推進に関する基本的な指針改訂では、介護および福祉等の施策との調整についても積極的な役割を果たすことが求められている<sup>12)</sup>。今後、業務運営要領の改訂を検討するに当たっては、国民の精神保健福祉ニーズの変化とそれに対応した政策対応を踏まえた運営要領の改訂が望まれる。

## V 結 語

全国の保健所における精神保健福祉業務の実態を把握し、運営要領の改訂に向けて基礎資料を得ることを目的に、全国の保健所495か所を対象に郵送による質問紙調査を行い308か所の保健所から回答を得た。障害者自立支援法、自殺対策基本法の成立など、近年の法制度の整備とともに、保健所の精神保健福祉業務の実施体制と業務内容に変化が起きている可能性が示唆された。運営要領改訂に当たっては、この点を考慮する必要があると考えられた。

本研究は平成23年度障害者総合福祉推進事業の「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」におけるワーキンググループの一つとして実施し、本調査の他に市区町村、地域精神保健福祉活動に関する団体にも調査を行った。

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、各団体の皆様に感謝申し上げます。また、ワーキンググループでご協力いただいた千葉県精神保健福祉センター審査課 金田一正史様、全国精神保健福祉センター長会会長・岡山県精神保健福祉センター所長（当時）藤田健三様、清泉女学院大学・清泉女学院短期大学学長 吉川武彦様に深謝申し上げます。

（受付 2012.11.20）  
（採用 2013.11.11）

## 文 献

- 1) 厚生省公衆衛生局長。保健所における精神衛生業務について（通知）。別紙 保健所における精神衛生業務運営要領。衛発第76, 1966。
- 2) 厚生省大臣官房障害保健福祉部長。保健所及び市町村における精神保健福祉業務について（通知）。別紙 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領。障発第251, 2000。
- 3) 太陽美術出版部。平成23年度版我が国の精神保健福祉：精神保健福祉ハンドブック。東京：太陽美術出版部, 2011; 59-63。
- 4) 総務省。広域行政・市町村合併 市町村合併 市町村合併データ 市町村数の推移グラフ（年度末、年度当初版）。H11.3.31以降の市町村数の変遷。http://www.soumu.go.jp/gapei/pdf/090624\_01.pdf（2013年6月21日アクセス可能）
- 5) 宇田英典。「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。社団法人日本精神保健福祉連盟。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。2012; 85-128。http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\_kaigo/shougaishahukushi/cyousajigyou/sougoufukushi/h23\_jigyoyo-20.html（2013年12月2日アクセス可能）
- 6) 荒木紀代子。住民主体の保健サービス提供体制のあ

- り方. 社会関係研究 2007; 12(1), 79-118.
- 7) 野口正行. 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. 社団法人日本精神保健福祉連盟. 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. 2012; 59-83. [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaishahukushi/cyousajigyou/sougoufukushi/h23\\_jigyo-20.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/cyousajigyou/sougoufukushi/h23_jigyo-20.html) (2013年12月2日アクセス可能)
- 8) 財団法人日本公衆衛生協会. 平成21年度地域保健総合推進事業(全国保健所長会協力事業)報告書 保健所の有する機能, 健康課題に対する役割に関する研究報告書(分担事業者 荒田吉彦) 2010. [http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikihoken/pdf/2009\\_12.pdf](http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikihoken/pdf/2009_12.pdf) (2013年12月2日アクセス可能)
- 9) 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2章 保健所編, 2011年度. 第30表 保健所が実施した精神保健福祉の組織育成支援件数, 都道府県—指定都市・特別区—中核市—その他政令市, 組織の種類別. 2013. <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/Csvdl.do?sinfid=000019397344> (2013年12月2日アクセス可能)
- 10) 植村直子, 山田全啓, 畑下博世, 他. 精神障害者に対する保健所のデイケア実施状況と今後の方向性: 障害者自立支援法施行後の全国横断調査結果より. 日本公衆衛生雑誌 2011; 58(12), 1049-1055.
- 11) 全国保健所長会「地域保健の充実強化に関する委員会」. 平成19年度保健所の充実強化に関する提言. 平成21年度地域保健総合推進事業(全国保健所長会協力事業) 医療制度改革の推進に関する研究(分担事業者 廣田洋子) 2008. [http://www.phcd.jp/02/soukai/pdf/iinkai\\_chihokenjyu\\_2007.pdf](http://www.phcd.jp/02/soukai/pdf/iinkai_chihokenjyu_2007.pdf) (2013年12月2日アクセス可能)
- 12) 厚生労働省. 第35回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会(平成24年6月20日) 資料2-1 地域保健対策の推進に関する基本的な指針改正案要綱. 2012. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ddhl.html> (2013年12月2日アクセス可能)

## ■資料論文

## 岡山県の医療保護入院患者と保護者に関する実態調査

趙 香花<sup>1)</sup>, 長沼洋一<sup>1)</sup>, 河野稔明<sup>1)</sup>, 立森久照<sup>1)</sup>,  
野口正行<sup>2)</sup>, 藤田健三<sup>2)</sup>, 太田順一郎<sup>3)</sup>, 西 大輔<sup>1)</sup>, 竹島 正<sup>1)</sup>

## 抄録:

【目的】岡山県の医療保護入院患者と保護者の実態, および保護者義務の履行状況と医療保護入院制度が抱えている課題を明らかにし, 制度の見直しや適正な運用に役立つことを目的とした。

【対象と方法】岡山県の精神科病院20ヶ所に自己記入式質問用紙を郵送し, 当該病院の状況および医療保護入院患者全員の人口統計学的情報を求めると共に, 医療保護入院患者の保護者3分の1の抽出と保護者宛て質問用紙の郵送を依頼した。

【結果】精神科入院患者の55.7%が医療保護入院患者で, 医療保護入院患者の9割は統合失調症等(F2)51.3%と認知症等(F0)38.0%であった。医療保護入院患者と保護者の平均年齢はそれぞれ67.0歳, 62.9歳と高齢であり, 保護者の47.9%は無職, 保護者世帯の54.0%は年収300万円未満であった。保護者の役目については60.0%が続けたいと回答する一方, 患者退院可能時の対応については64.1%が引き続き病院または施設にいてほしいと回答した。市町村長同意による医療保護入院患者については, 市町村担当職員が過去1年間に患者と面会したのは7.8%, 患者の処遇などについて病院職員と話し合いをしたのは11.8%であった。

【結論】高齢ないしF0患者の場合, 保護者自身がその子ないし非正規雇用である場合には, 保護者を続けたい気持ちがある一方, 患者が病院か施設以外で生活することには不安や負担感を持っていることが伺えた。また, 市町村長保護者においては保護者義務が十分に履行できていない可能性が示唆された。

日社精医誌 22: 440-451, 2013

索引用語: 医療保護入院, 強制入院, 保護者, 市町村長

## I. 緒言

医療保護入院は, 精神保健指定医の診察の結果, 精神障害者であると診断され, 入院の必要があると認められた者で, 保護者の同意がある場合に, 精神科病院の管理者が精神科病院に入院させることができる制度である。

平成21年度630調査<sup>3)</sup>によると, わが国の精神科入院患者310,738人のうち医療保護入院患者は127,757人と精神科入院患者の4割を超えており, 精神科医療の中で重要な役割を担っている。医療保護入院で必要となる保護者の多くは親族等に委

ねられているが, 担うべき役割が過重であるなど, 制度の見直しや撤廃を求める意見が出されている<sup>6,9)</sup>。

医療保護入院・保護者制度については, 平成21年9月にまとめられた「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書で, 家族の同意による入院制度のあり方, 医療保護入院への同意も含めた保護者制度のあり方を今後の検討課題として挙げていた<sup>1,9)</sup>。

そして, 平成23年1月からは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、平成24年6月には保護者による同意を必要としない医療保護入院の見直しを示した「入院制度に関する議論の整理」が出された。

しかし、保護者制度に関する先行研究は限られており、制度の見直しに役立てる研究は十分とは言えない。例えば、保護者制度に関する先行研究としては、全国精神障害者家族連合会(以下、全家連)家族会員を対象とした全国調査があるが、回答者(保護者)の7~8割が親であり<sup>8,10)</sup>、また主に統合失調症の子を持つ親の状況を反映したものとなっている。柴(1998)<sup>7)</sup>らの調査では、全家連家族会員以外にも地域家族会員、病院家族会員などへと保護者の範囲を拡大したものの、回答者の8割以上が親であることには変わりがなかった。家族以外の保護者に関する研究としては市町村長の保護者義務履行に関する調査<sup>2)</sup>があるが、配偶者、子、兄弟姉妹、後見人・保佐人など多様な続柄の保護者を対象とした調査は見当たらない。

そこで、本研究では、多様な続柄の保護者および、医療保護入院制度に関わる医療機関、市町村に自己記入式質問調査を実施し、医療保護入院患者と保護者の実態、および保護者義務の履行状況と医療保護入院制度が抱えている課題を明らかにし、今後の制度の見直しに役立てることを目的とした。

## II. 研究対象および方法

### 1. 調査実施期間

平成22年12月15日~23年5月20日

### 2. 調査協力機関

本研究は、岡山県の精神科病院24ヶ所のうち、調査への承諾が得られた20病院(以下、協力病院)、および岡山県精神科病院協会、岡山県精神保健福祉センター、岡山市こころの健康センターの協力を得て実施した。

### 3. 調査対象と内容

本研究では、郵送による自己記入式質問調査を行った。調査票は、協力病院が回答する調査票2種類と医療保護入院患者の保護者が回答する調査票2種類の4種類である。

#### 1) 協力病院が回答する調査票(施設票A, 施設票B)

施設票Aでは、平成22年12月1日時点の協力病院の在院患者数、医療保護入院患者数、保護者続柄別の患者数、医療機関が経験した保護者制度の問題点などについて尋ねた。

施設票Bでは、平成22年12月1日時点で協力病院に入院している医療保護入院患者全員の性別、年齢、婚姻状況、医療保護入院開始日、診断名(国際疾病分類第10版ICD-10を用いた)、保護者続柄、保護者の性別、保護者の年齢などの人口統計学的特徴について尋ねた。

#### 2) 医療保護入院患者の保護者が回答する調査票(保護者票A, 保護者票B)

協力病院には、施設票Bに記入した医療保護入院患者の3分の1に該当する保護者の抽出と、保護者の続柄に対応する保護者票A、または保護者

英文タイトル: Survey on Involuntary Hospitalization and Medical Care Guardians in Okayama Prefecture

受付日: 2012年11月16日 受理日: 2013年8月27日

著者連絡先: 趙 香花(独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

TEL: 042-341-2712(内線6212) FAX: 042-346-1950

E-mail: xianghua@ncnp.go.jp

Corresponding author: Xianghua Zhao

Department of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

4-1-1, Ogawa-higashicho, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

1) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

Xianghua Zhao, Yoichi Naganuma, Toshiaki Kono,

Hisateru Tachimori, Daisuke Nishi, Tadashi Takeshima: Department of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

2) 岡山県精神保健福祉センター

Masayuki Noguchi, Kenzou Fujita: Okayama Prefectural Mental Health and Welfare Center

3) 岡山市こころの健康センター

Junichiro Ota: Okayama City Mental Health and Welfare Center

票Bの郵送を依頼した。

保護者票A(市町村長以外の保護者用)では、保護者の属性、経済・健康状況、保護者義務の履行状況、保護者制度に対する考えなどについて尋ねた。

保護者票B(市町村長用)では、保護者義務の履行状況、保護者制度で経験した問題点などについて尋ねた。

#### 4. 調査方法と倫理的配慮

本研究は、予め協力が得られた協力病院に施設票A、施設票Bへの回答、および保護者宛て調査票(保護者票A、保護者票B)の郵送を依頼した。

保護者票は、協力病院が作成した医療保護入院患者のリスト(入院日順に患者IDを1番から割り振る)から3の倍数となる患者の保護者868名を抽出し、市町村長以外の保護者808名には保護者票A、市町村長保護者60名には保護者票Bを郵送した。協力病院からの回答(施設票A、施設票B)と保護者からの回答(保護者票A、保護者票B)は、直接調査事務局に返送することとした。

協力病院からの回収率は100%(施設票Aは20ヶ所、施設票Bは患者2,519名)、保護者票の回収率は56%(489/868)であった。そのうち、保護者票Aの回収率は54%(438/808)で、保護者票Bの回収率は85%(51/60)であった。

本調査は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認(承認番号22-7事9)を得て実施された。

#### 5. 調査票の集計

集計は、統計ソフトSPSS Ver.18を使用した。調査項目に応じて、記述統計量の算出、度数分布、クロス集計を行い、保護者役目への考え方と患者退院可能時の対応については群間比較を行った。全ての統計学的検定の有意水準は両側検定で5%とした。

施設票Aの回答では、医療機関が経験した保護者問題についての集計を行い、施設票Bの回答では、医療保護入院患者と保護者の人口統計学的特徴について、診断別の集計を行った。

保護者票Aの回答では、保護者の就労・経済状況、保護者義務の履行状況、保護者役目への考え方についての集計を行った。また、保護者役目への考え方で「保護者を続けたい」と回答した保護者については、患者が退院可能な状態まで回復した場合の対応を「引き続き病院か施設にいてほしい」「病院か施設以外にいてほしい」の2群に分けて比較を行った。2群間比較では、保護者特性として、①保護者の平均年齢(t検定)、②保護者の続柄(Pearsonの $\chi^2$ 検定)、③就労状況(Pearsonの $\chi^2$ 検定)、④世帯年収(Pearsonの $\chi^2$ 検定)、医療保護入院患者の特性としては、①患者平均年齢(t検定)、②診断名(Pearsonの $\chi^2$ 検定)について検定し、Pearsonの $\chi^2$ 検定で有意差が認められた場合には残差分析を行った。

保護者票Bの回答からは、保護者義務の履行状況とその義務を履行する上で経験した困難、医療保護入院制度に関わる課題についての集計を行った。自由回答については、回答内容の類似したものを同土を整理し、出現頻度の高いものを抽出した。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 協力病院の基本的状況(施設票Aの結果)

協力病院に入院している患者4,706名のうち、医療保護入院患者は55.7%(2,624名)で、全国平均の41.1%<sup>3)</sup>より高かった。

保護者のことで医療機関が経験した問題として最も多かったのは「保護者が患者の面会等のために来院しない」で、17ヶ所(85.0%)であった。次に「保護者が患者の退院を拒否している」、「保護者の住所地が海外または国内遠隔地であるため、実質的に保護者義務を果たせない」が多く、それぞれ15ヶ所(75.0%)であった。「保護者の選任に時間がかかり困ったことがある」と回答した病院は9ヶ所(45.0%)であった(表1)。

医療機関が経験した保護者制度の問題(自由記載)としては、11ヶ所(55.0%)の協力病院から回答があり、主に保護者の選任に関わる問題、行政側の手続き上の問題(書類の取り寄せに関する問



表1 医療機関が経験した保護者問題 (N=20)

	施設数	%
保護者が患者の面会などのために来院しない	17	85
保護者が患者の退院を拒否している	15	75
保護者の住所地が海外または国内遠隔地であるため、実質的に保護者義務を果たせない場合がある	15	75
保護者が患者の外出や外泊を拒否している	12	60
保護者の選任に時間がかかり、困ったことがある	9	45
保護者が患者の治療に拒否的である	8	40
患者本人が後見人・保佐人の選任を受け入れない場合がある	7	35

題)、市町村側の対応の問題(親族が保護者になることを拒否している場合に市町村長同意を断られる、市町村によって対応が異なる)などが挙げられた。

## 2. 医療保護入院患者と保護者の属性(施設票Bの結果)

協力病院からは、医療保護入院患者2,519名分の有効回答が得られた。患者の性別は、男性49.3%(1,241名)、女性50.7%(1,276名)とほぼ同じ割合であった。

診断別では、統合失調症等(以下、F2)51.3%(1,292名)、認知症等(以下、F0)38.0%(957名)と、医療保護入院患者の約9割はF2とF0であった(表2)。医療保護入院患者に関する人口統計学的特徴については、診断名をF2、F0、その他の3つに分類して記述する(表3)。

医療保護入院患者の平均年齢は67.0歳で、診断別ではF2が59.3歳、F0が79.6歳、その他は58.8歳であった。

婚姻状況で最も多いのは未婚の39.6%(997名)で、次いで死別22.9%(577名)、既婚22.4%(564名)、離婚12.2%(307名)の順であった。診断別では、F2の未婚が61.8%(798名)と最も多く、次いで離婚が14.7%(190名)、既婚11.3%(146名)、死別8.8%(114名)であった。F0では、死別と既婚がそれぞれ45.6%(436名)、34.8%(333名)と多く、未婚と離婚はそれぞれ1割弱の9.6%(92名)と7.4%(71名)であった。

患者から見た保護者の続柄は、患者の診断名によって異なった。F2の保護者は兄弟姉妹36.8%

表2 患者の属性 (N=2,519)

	N	%
性別		
男	1,241	49.3
女	1,276	50.7
不明	2	0.1
診断名 <sup>1)</sup>		
F0	957	38.0
F1	53	2.1
F2	1,292	51.3
F3	115	4.6
F4	20	0.8
F5	2	0.1
F6	5	0.2
F7	47	1.9
F8	18	0.7
F9	1	0.0
その他	9	0.4

<sup>1)</sup> 診断名は、国際疾病分類第10版ICD-10を用いた。

(475名)と親25.9%(334名)が主で、配偶者と子がそれぞれ9.8%(127名)、9.2%(119名)と1割弱であるのに対し、F0の主な保護者は子48.7%(466名)と配偶者27.3%(261名)であった。後見(保佐)人と市町村長が保護者である割合は、F2でそれぞれ7.5%(97名)と8.9%(115名)、F0では5.6%(54名)と4.8%(46名)であった。

保護者(市町村長の場合は除く、有効回答2,087名)の平均年齢は62.9歳であった。診断別では、F2の保護者は63.8歳、F0の保護者は62.3

表3 患者の診断別属性

診断名	F0		F2		その他		計	
	平均または割合(%)	N	平均または割合(%)	N	平均または割合(%)	N	平均または割合(%)	N
患者年齢								
歳	79.6	957	59.3	1,292	58.8	270	67.0	2,519
SD	10.6		14.0		18.2		16.6	
婚姻状況								
未婚	9.6	92	61.8	798	39.6	107	39.6	997
別居	0.6	6	1.0	13	0.7	2	0.8	21
離婚	7.4	71	14.7	190	17.0	46	12.2	307
死別	45.6	436	8.8	114	10.0	27	22.9	577
既婚	34.8	333	11.3	146	31.5	85	22.4	564
その他	0.2	2	0.4	5	0.4	1	0.3	8
不明	1.8	17	2.0	26	0.7	2	1.8	45
計	100	957	100	1,292	100	270	100	2,519
保護者続柄								
後見・保佐人	5.6	54	7.5	97	4.4	12	6.5	163
配偶者	27.3	261	9.8	127	27.8	75	18.4	463
親	1.1	11	25.9	334	19.6	53	15.8	398
兄弟姉妹	9.3	89	36.8	475	21.9	59	24.7	623
子	48.7	466	9.2	119	15.2	41	24.9	626
その他の親族	3.0	29	1.9	25	2.2	6	2.4	60
市町村長	4.8	46	8.9	115	8.9	24	7.3	185
不明	0.1	1	0.0	0	0.0	0	0.0	1
計	100	957	100	1,292	100	270	100	2,519
保護者年齢								
歳	62.3	808	63.8	1,060	60.7	219	62.9	2,087
SD	12.7		13.3		13.0		13.1	

歳、その他の保護者は60.7歳であった。

### 3. 市町村長以外の保護者の状況(保護者票Aの結果)

#### 1) 保護者の就労状況と世帯年収

保護者の47.9%(210名)は無職で、正規雇用されている保護者は20.8%(91名)であった。また、自営が15.1%(66名)、非正規雇用は12.1%(53名)、その他と不明がそれぞれ2.5%(11名)、1.6%(7名)であった。

保護者世帯の年収では、「100万円未満」が

11.0%(48名)、「100万円以上200万円未満」が18.3%(80名)、「200万円以上300万円未満」が24.7%(108名)、「300万円以上500万円未満」が21.0%(92名)、「500万円以上800万円未満」が12.3%(54名)、「800万円以上1,000万円未満」が4.3%(19名)、「1,000万円以上」が2.1%(9名)、不明6.4%(28名)であった(表4)。

2) 保護者義務の履行状況と保護者役目についての考え  
患者の身の回りの財産等の保管義務については

表4 保護者の就労状況と世帯年収 (N = 438)

就労状況	N	%
正規雇用	91	20.8
非正規雇用	53	12.1
自営	66	15.1
無職	210	47.9
その他	11	2.5
不明	7	1.6
世帯年収	N	%
0~100万円未満	48	11.0
100~200万円未満	80	18.3
200~300万円未満	108	24.7
300~500万円未満	92	21.0
500~800万円未満	54	12.3
800~1,000万円未満	19	4.3
1,000万円以上	9	2.1
不明	28	6.4

76.7% (336名)が「保管している」と回答し、「保管していない」と回答した保護者は11.0% (48名)、「保管する物がない」と回答した保護者は8.7% (38名)であった。

患者の状態が退院可能な状態まで回復した場合の対応については、「できるだけ病院で長く面倒を見てほしい」34.9% (153名)、「地域の福祉施設(入所施設)で生活してほしい」21.7% (95名)、「病院か施設で生活してほしい」7.5% (33名)と、病院または施設にいてほしいと回答した保護者が6割以上を占めていた。「自宅に引き取る」と答えた保護者は14.2% (62名)であった。

保護者としての役目(複数回答)については、「引き続き保護者を続けたい」が60.0% (263名)、「できれば他に委任したい」18.3% (80名)、「できれば辞めたい」が11.4% (50名)、「入院手続き以外は協力したくない」が7.8% (34名)、「保護者制度を廃止してほしい」は5.7% (25名)であった(表5)。

3) 保護者役目への意向と患者退院可能時の対応  
「引き続き保護者を続けたい」と回答した保護

者においても、患者が退院可能な状態まで回復した場合に、引き続き病院か施設にいてほしいとの回答が合わせて59.4%で、保護者を続けたい気持ちがある一方で、患者の引き取り義務には消極的であることが明らかになった(表6)。

「引き続き保護者を続けたい」と回答した保護者については、患者が退院可能な状態まで回復した場合の対応を「引き続き病院か施設にいてほしい」「病院か施設以外」の2群に分け、保護者と患者の特性を比較した(表7)。

保護者特性では、保護者の続柄( $\chi^2 = 25.169$ )、就労状況( $\chi^2 = 9.633$ )で有意差が認められた。残差分析の結果、保護者の続柄が子である場合には、患者が退院可能な状態まで回復した場合でも「引き続き病院か施設にいてほしい」との回答率が高い一方、保護者の続柄が配偶者と親である場合には、「病院か施設以外」の回答率が高かった。また、保護者の就労状況が非正規雇用の場合、「引き続き病院か施設にいてほしい」の回答率が高かった。

患者特性では、患者の平均年齢( $t = 13.569$ )、診断名( $\chi^2 = 11.178$ )において両群間の有意差が認められた。患者の平均年齢は「引き続き病院か施設にいてほしい」群が「病院か施設以外」群より高かった。患者診断名の残差分析では、診断名が認知症等F0である場合、「引き続き病院か施設にいてほしい」の回答率が高い一方、診断名がその他である場合には、「病院か施設以外」の回答率が高かった。

4) 保護者が困っていること(自由回答)

保護者が困っていることについての回答率は40.6% (178/438名)であった。主な問題としては、保護者の経済的困窮や健康問題、患者以外にも家族に介護を必要とする高齢者がいること、および交通不便や体力の衰え、または遠距離のため面会が大変であること、などが挙げられた。医療・福祉や行政機関への要望としては、入所可能な施設と頼れる相談体制の構築が挙げられた。

表5 保護者義務の履行状況と保護者役目についての考え (N = 438)

患者荷物・財産の保管	N	%
保管している	336	76.7
保管してない	48	11
保管するものがない	38	8.7
その他	2	0.5
不明	14	3.2
患者が退院可能な状態まで回復した場合の対応		
できるだけ病院で長く面倒を見てほしい	153	34.9
地域の福祉施設(入所施設)で生活してほしい	95	21.7
家に引き取りたい	62	14.2
病院か施設で生活してほしい	33	7.5
一人暮らししてほしい	11	2.5
家に引き取るか、他の方法も検討	10	2.3
家に引き取ることは難しい	7	1.6
その他	5	1.1
不明	62	14.2
保護者としての役目についての考え(複数回答)		
保護者を続けたい	263	60
できれば他に委任したい	80	18.3
できれば辞めたい	50	11.4
入院手続き以外は協力したくない	34	7.8
保護者制度を廃止してほしい	25	5.7
保護者役目に葛藤あり	19	4.3
その他	21	4.8

表6 保護者役目への意向と患者退院可能時の対応 (N = 438)

退院可能時の対応	保護者を続けたい				合計	
	はい		いいえ			
できるだけ病院で長く面倒を見てほしい	92	35.0%	61	34.90%	153	34.9%
家に引き取りたい	55	20.9%	7	4.00%	62	14.2%
地域の福祉施設(入所施設)で生活してほしい	48	18.3%	47	26.90%	95	21.7%
病院か施設で生活してほしい	16	6.1%	17	9.70%	33	7.5%
家に引き取るか、他の方法も検討	9	3.4%	1	0.60%	10	2.3%
一人暮らししてほしい	4	1.5%	7	4.0%	11	2.5%
家に引き取ることは難しい	0	0.0%	7	4.0%	7	1.6%
その他	2	0.8%	3	1.7%	5	1.1%
不明	37	14.1%	25	14.3%	62	14.2%
合計	263	100.0%	175	100.0%	438	100.0%