

指定医数と作業療法士、臨床心理技術者数が多かった。診療所の外来患者の主たる活動の場は、地域にあると考えられ、デイ・ケアでのグループプログラムが成立するような一定数の患者が集うためには一定の要件があると考えられる。アルコールや薬物依存への支援を提供する場合には、再利用を防ぐために毎日の通所が推奨されることがある¹⁾。またうつ病のリワーク支援として「毎日決められたオフィスのような場所に通いながら、復職に取り組む」といった毎日の通所を組み込んだ実践¹⁰⁾も広がりを見せている。こうした実践が本調査には反映されて、実施群では大規模で、実施日数が多く、利用者数が多くなったのかもしれない。病院とは異なり精神保健福祉士の配置数では差がみられなかったが、これは入退院をめぐる調整業務がないためだろう。また他の先駆的実践の報告からは一定の利用者数を確保できることで、デイ・ケア等の経営を安定させ、多職種チームを構築するのに必要なスタッフを雇用してバリエーション豊かな効果的なプログラム提供に取り組めるとも考えられる。例えば長谷川^{8,9)}、原⁷⁾、三家¹¹⁾は、いずれも地域に根差した精神科クリニックとして、障害福祉サービスの事業所を併設するなど多機能型の展開を行い、様々な職種を配置しながら多様な利用者のニーズにこたえ、地域のハブ機能を果たしている。また大嶋¹⁵⁾は乳幼児期から青年期に至るまで子どもと親の発達段階に応じて生じる様々なニーズに対し、多様な事業展開を行うことで対応していると報告している。

デイ・ケア等は脱入院化や退院促進の取り組みにおいて、早くから地域ケアの中核的な位置づけとされてきた。近年の政策動向を概観しても、デイ・ケア等が地域医療連携の拠点として、多職種で連携しながらリハビリテーションを推進していく上で一定の役割を委ねられていると言えるだろう^{3,5,6)}。本研究から、認知行動療法やSST、心理教育、就労支援といった専門的かつ効果的なリハビリテーション実践を行っているデイ・ケアは病院でも診療所でも利用者数も多くスタッフ数も多いことが明らかになった。利用者数が一定程度確保されることで、経営基盤が整い、スタッフを確

保してより効果的な実践につながっていくと考えられる。多機関との連絡調整業務を行っていくためには、ケース会議の日程調整や出張といった業務にも一定の時間を割いて携わる必要があり、プログラムの運営と同時にそれらを円滑に進めるためにも一定の人材の確保は欠かせないだろう。

本調査は2008年に実施された調査に基づく再分析であり、この数年間の制度上の変動を反映していないという課題はあるものの、良質かつ適切なデイ・ケア実践を提供する基盤となる運営体制について全国調査に基づくデータを提示した点で一定の意義があると言える。調査時点でSSTや心理教育等のケア機能を強化した取り組みを行っている病院及び診療所では、総じてデイ・ケアの利用人数が多く、スタッフの配置状況が充実していた。当然のことではあるが、優れた実践を支える上でやはり一定の構造的な条件は不可欠であることが改めて数値でも確認されたことは意義深いと考える。

一方で、今後に向けていくつかの課題が残されている。まず単に実施日数、利用者数やスタッフ数を増やせば専門的かつ効果的なリハビリテーション実践が可能になるわけではないだろう。先述したようにデイ・ケアの取り組みも多様化しており、特に地域の診療所では機能分化して特定の疾患や年齢層の患者を中心に経営するか、アウトリーチや障害福祉サービス事業所の設置も含めた多機能型の展開を行うか、といった一定のビジョンを戦略的に描いていくことが求められる。地域の実情と外来通院患者のニーズを丁寧に拾い上げ、どのような医療的機能が当該デイ・ケアに求められているかを理解した上で、最適なビジョンを採用し、実現に向けて取り組まなければならないだろう。そうした具体的な取り組みについても、職員の個々の熟練や熱意、力量といった属人的な要因に帰すばかりではなく、まずは個々のデイ・ケアでの取り組みに関する丹念な質的研究によって運営体制にかかる関連要素を抽出していく必要があると考えており、今後の課題としたい。

また本研究では利用期間に限定のあるデイ・ケア施設は病院では411施設中116施設、診療所で

は110施設中48施設にとどまっております、過半数の施設で利用期間は限定されていないことが示された。これらの期間の制限がない理由については、長期にわたる利用が必要となる患者が一定数存在しているためか、デイ・ケア後の適切な「出口」がないという課題があると考えられる。これらの要因は利用者の年代によって大きく影響を受けると推定されるため、利用者の年代ごとに利用期間の長期化の実態とその関連要因を検討する必要があるだろう。またデイ・ケア後について、障害福祉サービス数の整備状況や利用者のニーズとサービスとのマッチングの課題の観点からも検討を深めていく必要があるだろう。

また調査実施後の、精神科デイ・ケアをめぐる平成24年の診療報酬の改定により、精神科デイ・ケアのうち「大規模」なものについては多職種チームで作成する「疾患等診療計画書」の作成が求められるようになった⁴⁾。こうした「計画書」を多職種で作成するためには、単に多職種が個別に利用者に関わるだけでなく、書類を作成する時間や都合を調整し内容を協議する時間等、作成に伴う様々な実務処理の時間コストも求められる。本調査では2008年時点のデータではあるが、SSTや心理教育、就労支援といった機能を強化した実践を行うためには一定数のスタッフの確保が求められることを示唆しており、この診療報酬改訂の影響を受けて現在のデイ・ケアをめぐる体制がどのように変化したのかについても、継続的に長期的な視点で検討していく必要がある。また、心理教育やSST、就労支援といったサービスは主に発病直後や就労・就学に取り組んでいる年代にとってニーズの高いプログラムであろうが、青年後期や壮年期の利用者にとってニーズの高いプログラムはまた異なるであろう。今後、青年後期や壮年期のデイ・ケア等利用者の支援ニーズに即したプログラムと、デイ・ケア終了後の支援の継続性の担保の方法についてさらに検討を深めていく必要があるだろう。

特に、デイ・ケア通所によって生活を安定させ症状の再燃を予防していた慢性壮年期の利用者への支援については、今後障害福祉サービスに移行

する場合の課題を十分に検討していく必要がある。緩やかな居場所的な機能を提供できるのは市町村事業である地域活動支援センターや利用期間の制限のある生活訓練事業であろうが、すべての自治体に設置されているわけではなく、医療的ケアのできる職員が配置されているとも限らない。移行する場合には、事業所に対する医療的コンサルテーションが不可欠であると考えられるが診療報酬上はこれらの地域生活者に対する医療的コンサルテーションは十分に位置づけられていない。これまで専門的かつ効果的なりハビリテーション実践の場としてデイ・ケアが担ってきた多様な業務の実態を、現在の政策下で改めて明らかにし、機関間連携の強化に役立てていくことが今後の課題であろう。

結 論

本研究ではデイ・ケア等において専門的かつ効果的なりハビリテーション実践を支える組織運営体制の構造的基盤について明らかにすることを目的とし、2008年に実施した精神科デイ・ケア等の実態に関する全国調査データを分析した。認知行動療法、SST、心理教育、就労支援等を実施している精神科デイ・ケア等では、未実施のところと比べて、病院においては、目的を明確化したり、利用期間を区切ったりしたプログラム提供の割合が高く、退院患者数及び外来患者数が多く、利用者数が多かった。またスタッフ配置の観点からしても、常勤の医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士や臨床心理士で有意に多かった。診療所については、アルコールや薬物依存のプログラムを取り入れている割合が高かった。またデイ・ケアの実施規模が大規模のところが多く、デイ・ケアの実施日数及び実利用者数、延べ利用者数が多かった。常勤のスタッフ配置では医師、うち精神保健指定医数と作業療法士、臨床心理士技術者数が多かった。今後、デイ・ケアの機能の充実化のためには、単に職員の資質向上だけではなく安定した運営が可能になるような組織体制が求められていることが示唆された。

謝 辞

本研究を行うにあたり、ご指導頂きました土佐病院須藤浩一郎先生、社団法人日本精神科病院協会、社団法人日本精神神経科診療所協会をはじめ、ご多忙中調査にご協力頂きました各医療機関の職員の皆様にこの場をお借りして御礼申し上げます。

付 記

本研究は、平成20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」の助成を受け、当該研究の一環として実施された。

文 献

- 1) 榎本 稔: 包括的医療としてのデイ(ナイト)ケア治療. 現代のエスプリ 486: 116-127, 2008
- 2) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部: 目でみる精神保健医療福祉 7. 2013
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/medemiru7.pdf> (最終アクセス日2014年4月12日)
- 3) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会: 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて. 2009
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf> (最終アクセス日2014年4月12日)
- 4) 厚生労働省: 診療報酬の算定方法の一部を改正する件 精神科専門療法(平成24年厚生労働省告示第76号)
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken15/dl/2-11.pdf> (最終アクセス日2014年4月12日)
- 5) 厚生労働省精神保健福祉対策本部: 精神保健福祉の改革ビジョン. 2004
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> (最終アクセス日2014年4月12日)
- 6) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課: 「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案」
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000032568.pdf> (最終アクセス日2014年4月12日)
- 7) 原 敬造: 仙台: 原クリニック: 自立支援事業所を併設した多機能型精神科診療所の取り組み. 精神科臨床サービス 13(4): 515-518, 2013
- 8) 長谷川直美: 北海道: デイケア・クリニックほつとステーション: “つながって3年以上” = “デイケア依存” なのか. 精神科臨床サービス 13(4): 510-514, 2013
- 9) 長谷川直美(監), 笠井利佳, 山本泰雄, 畑山やよい他(編): 精神科デイケア必携マニュアル—地域の中で生き残れるデイケア. 金剛出版, 東京, 2011
- 10) 五十嵐良雄: 精神科医療機関におけるうつ病・不安障害の職場復帰支援の現状と今後の課題. 日本精神科病院協会雑誌 26(11): 1060-1066, 2007
- 11) 三家英明: 大阪: 三家クリニック: ひきこもり・外来ニート VS 多機能型精神科診療所. 精神科臨床サービス 13(4): 525-529, 2013
- 12) 長沼洋一, 竹島 正, 立森久照: デイケア・訪問看護を実施している精神科病院の特徴. 日本精神科病院協会雑誌 26(4): 372-378, 2007
- 13) 長沼洋一, 立森久照, 小山明日香他: 精神科病院における精神科デイケア等の実施状況と退院状況の関連. 日社精医誌 17: 3-10, 2008
- 14) 大森まゆ, 安西信雄: わが国における精神科デイケアの様々な形態と今後のありよう. 精神科臨床サービス 7(3): 316-321, 2007
- 15) 大嶋正浩: 静岡: メンタルクリニック・タダ: クリニック発信の幼児療育から就労, 単身生活までのネットワーク. 精神科臨床サービス 13(4): 519-524, 2013
- 16) 須藤浩一郎, 長沼洋一, 竹島 正他: 精神科デイケアの医療機能に関する研究. 平成20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: 387-406, 2009
- 17) 須藤浩一郎, 長沼洋一, 竹島 正他: 精神科デイケアの医療機能に関する研究. 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: 237-247, 2008
- 18) 辻 貴司: 急性期入院治療の強化に対応した精神科デイケア. 精神科臨床サービス 7(3): 338-343, 2007

*abstract***Characteristics of the Organizational Structures of
Psychiatric Day Care Implementing Social Skills Training and Psychoeducation****Yoichi Naganuma^{1,2)}, Hazuki Naganuma³⁾, Tadashi Takeshima¹⁾**

Aims: This study aims to clarify the characteristics of organizational structures that make possible specialized effective practice represented by social skills training and psychoeducation in psychiatric day care.

Methods: Nationwide research on psychiatric day care was conducted by questionnaire with the cooperation of 1,053 institutions, with a total of 521 respondents (49.5%). Specialized effective practice was identified, based on the names and/ or purpose of the program. The institutions were divided into implementation groups and non-implementation groups. The number of hospital beds, patients, and staff of the groups were compared.

Results: Implementation groups had a large number of discharged patients, out-patient and day-care users, as well as staff.

Conclusions: Specialized effective practice requires appropriate organizational structures with sufficient numbers of patients and staff, to provide medical institutions with stable management.

Key words : *psychiatric day-care, social skills training, psychoeducation, organizational management system*

Jpn Bull Soc Psychiat 24:240-252, 2015

¹⁾ *Department of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*

²⁾ *Department of Social Work, School of Health Sciences, Tokai University*

³⁾ *Division of Social Studies, School of Humanities and Social Sciences, Faculty of Urban Liberal Arts, Tokyo Metropolitan University*



自殺対策の現状

自殺対策の推移と現状*

竹島 正**

Key words

Suicide, Basic act on suicide prevention, General principles of suicide prevention policy, World suicide report, Mental health

はじめに

わが国の自殺対策は自殺対策基本法(2006)をもとにめざましい発展を遂げてきた¹³⁾。自殺対策基本法以降、自殺対策は内閣府を中心に進められてきたが、内閣の取り組みとうとする政策課題により、機動的に対応するための内閣官房および内閣府の業務の見直しの中で、自殺対策基本法は2016年4月に内閣府から厚生労働省に移管される。移管によって、厚生労働省の全省的な取り組みの発展が期待される一方で、省庁横断的な取り組みの減速も懸念される。本稿では、自殺対策基本法の公布・施行と同年に設置された自殺予防総合対策センターのセンター長を経験した者として、1998年の自殺急増以降の18年を振り返り、わが国の自殺対策の特質と、今後の自殺対策への期待について述べる。

自殺対策の経緯

1998年にわが国の自殺死亡数は前年の24,391人から32,863人へと3万人を超えて急増し、第2次世界大戦後3回目の自殺増加期を迎えた。こ

の急増には、1990年代始めのバブル崩壊後の雇用・経済環境の悪化の影響が推測されたことから、自殺増加の社会的背景への関心が高まっていった。

国では、自殺死亡の急増に対して、厚生労働省を中心に自殺予防の取組を開始し、2000年には健康日本21(21世紀における国民健康づくり運動)に「自殺数の減少」の数値目標を掲げ、2001年には自殺防止対策事業を開始し、2002年には自殺防止対策有識者懇談会の報告書「自殺予防に向けての提言」を公表した。この報告書では、まずは諸外国において一定の効果をあげているうつ病対策に取り組むべきとした上で、精神医学のみならず、心理的、社会的、文化的、経済的観点などからの多角的な検討と包括的な対策の必要性を指摘したが、総合的な対策への広がりには至らなかった。その一方、2000年に、親を自殺で亡くした子どもたちが自身の体験について語り始め、それをメディアが取り上げるようになって、自殺の問題を社会的タブーとしてきた状況が変わり始めた。2004年に発足したNGOのライフリンクは、2005年5月に国会議員と協働し、自殺に関

* Development of Japan's Suicide Prevention Policy

** 川崎市健康福祉局障害保健福祉部(精神保健)(☎210-8577 神奈川県川崎市宮本町1), TAKESHIMA Tada-shi : Department of Health and Social Welfare for Disabled, Health and Welfare Bureau, Kawasaki City, Kawasaki, Japan

するフォーラムを開催した。このフォーラムに参集したライフリンクなど 12 団体は、連名で自殺総合対策の実現に向けての緊急提言を行い、参加者であった厚生労働大臣は自殺の問題に取り組むことを明言した。また、国会では 2005 年 7 月に参議院厚生労働委員会において「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」が行われ、これに対応して政府は 2005 年 9 月に自殺対策関係省庁連絡会議を設置し、12 月に「自殺予防に向けての政府の総合的な対策について」を取りまとめた。国会ではさらに超党派による「自殺防止対策を考える議員有志の会」が結成されて自殺対策基本法の検討を行い、自殺対策基本法は 2006 年 6 月に成立、10 月に施行となり、2007 年 10 月には、政府の自殺対策の指針である自殺総合対策大綱が定められた。自殺対策基本法、自殺総合対策大綱、そして地域における自殺対策力の強化のために設けられた地域自殺対策緊急強化基金(2009 年度補正予算)は、自殺対策の地域への普及を進めた^{8,11)}。そして 2009 年から中高年男性を中心に自殺死亡率が減少、2012 年には 1998 年以降ではじめて 3 万人を下回り、その後も減少が続いている。このようにして自殺死亡の増加は収束に向かいつつあるが、未だ急増前の水準に戻ったに過ぎないことを忘れてはならない。また、若年層の自殺死亡率が増加または高止まりするという新たな課題に直面しているのが現状である。

平成 26 年版自殺対策白書には、自殺死亡率をもとにした寄与度分析が掲載されているのでその概要を紹介する。

- ①自殺死亡率が急上昇した 1998 年から 2006 年までの 60 歳以上の自殺死亡率増加の主要因は人口構成比における 60 歳以上の増加である。
- ②原因・動機別にみると、2010 年から 2012 年までの自殺死亡率減少は、主として「経済・生活問題」と「健康問題」による自殺者数割合の低下によるものである。特に 2012 年から 2013 年にかけては、「健康問題」の寄与

は縮小しているものの、「経済・生活問題」の寄与は増大し、「経済・生活問題」による自殺者数割合の低下が自殺死亡率低下の最も大きな要因となっている。「経済・生活問題」による自殺死亡率の低下については、貸金業法改正などの多重債務対策や 2011 年以降の雇用状況の改善が要因のひとつと考えられる。

- ③市区町村の人口規模別の自殺死亡率では、人口規模が小さい市区町村ほど、自殺死亡率が高くなっている。原因・動機別には、人口 5 万人未満では、「健康問題」の中で「病気の悩み(身体の病気)」が最も自殺死亡率を押し上げており、受益可能な医療サービスなどの機会・質が相対的に低いことが影響している可能性がある。

そして、これらの結果から示唆される政策的含意として、次の 2 点を挙げている。

- ①総合的に実施される自殺対策の中でも、自殺の主要な原因・動機である「健康問題」と「経済・生活問題」にかかる医療・福祉、経済分野での根幹的対策が自殺死亡率の低下を図る上できわめて有効であり、今後を着実な推進が求められる。
- ②人口規模の小さい市区町村では、高齢者層の人口構成比が高いことから、高齢者層向けの医療や介護サービスの充実を中心とした総合的な対策の実施が重要である。

WHO(世界保健機関)は、自殺と自殺企図が公衆衛生上の重要な課題であることから、多部門による公衆衛生アプローチとして、包括的な自殺予防戦略の発展や強化を各国に推奨しているが、わが国の自殺対策基本法以後の自殺対策の取り組みは、WHO の期待する方向を、国として具体化した一例であることは間違いない。わが国の自殺対策の進捗を国際社会に継続発信し、国際的な見地からの評価・検証を受け続けることが期待される。

日本の自殺対策の特質

さて、わが国の自殺対策は包括的な自殺予防戦

略として行われてきたが、どのような特質を持つのであろうか。それを自殺対策基本法の目的と基本理念から考えてみたい。自殺対策基本法の目的は「自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与すること」である。また基本理念は、自殺対策のあり方として、(1)自殺の背景にあるさまざまな社会的要因を踏まえた社会的な取り組みとして実施されること、(2)自殺の多様かつ複合的な原因および背景を踏まえて精神保健的観点のみならず自殺の実態に即して実施されること、(3)プリベンション、インターベンション、ポストベンションの各段階に応じて実施されること、(4)関係者相互の密接な連携のもとに実施されること、の4点を挙げている。自殺対策基本法は、自殺の背景にある社会的要因にも目を向け、精神保健の問題に追い込まれることを防ぐことや、精神保健の問題と併存する社会的支援を要する問題への取組を重視している点が特徴であろう。この中で、精神保健からの取組は社会的な取組に包含されることになる。

WHOは世界自殺レポート⁴⁾の中で、(1)全体的予防介入戦略(universal prevention strategies: ケアへの障壁を取り除き、援助へのアクセスを増やし、社会的支援のような保護プロセスを強化し、物理的環境を変えていくことで、健康を最大限に、自殺の危険を最小限にするもので、全人口に届くように計画される)、(2)選択的予防介入戦略(selective prevention strategies: 年齢、性別、職業的地位や家族歴などの特徴に基づき、人口集団のうちの脆弱性の高い集団をターゲットとする)、(3)個別的予防介入戦略(indicated prevention strategies: 人口集団のうち、特定の脆弱性の高い個人をターゲットとする。たとえば自殺の可能性を示す早期サインを表出している人や自殺企図歴のある人など)の3つの介入を挙げ、危険因子と同時に保護因子にも目を向けることを推奨している。世界自殺レポートは、“No health without mental health(メンタルヘルスなしに健康なし)”

を原則として、精神的に満たされた状態(mental well-being)を促進し、精神障害を予防し、ケアを提供し、リカバリーを促し、人権を促進し、そして精神障害を有する人々の死亡率、罹患率、障害を低減することを目標とする「メンタルヘルスアクションプラン2013-2020」⁵⁾を実現するために作成されたものである。わが国の自殺対策基本法の成立過程や自殺対策基本法とWHOの自殺予防戦略を比較すると、わが国のほうがより広範な社会政策への指向性が強い印象がある。しかし、広範な社会政策は、自殺予防にも効果の期待される社会政策全般を含むことになり、それだけでは自殺予防の実践を支える具体的な技術が見えにくくなるという問題を生じる。筆者は、日本の自殺対策の特質は、自殺予防と介入戦略を共有することのできる多数の法律が誕生し、それらとの協働の可能性を持つことであろうと考えている。椿は、日本の自殺対策が、保健と保健以外の双方のセクターにまたがる包括的な分野横断的アプローチを含めた独創的な側面を有したことに注目し、それら融合的アプローチをさらに推進すべきと述べているが⁷⁾、自殺死亡急増の1998年頃からは振り返っても、介護保険法(1997)、児童虐待防止法(2000)、配偶者暴力防止法(2001)、ホームレス特別措置法(2002)、がん対策基本法(2006)、貸金業法改正(2006)、アルコール健康障害対策基本法(2013)、生活困窮者自立支援法(2013)、過労死等防止対策推進法(2014)などがあり、これらは自殺予防介入戦略を進めていく上で、大きなプラスになり得るし、融合的アプローチの基盤にもなるだろう。

今後の自殺対策のあり方

今後の自殺対策の発展のためには、メディカルモデルとソーシャルモデルの統合、自殺対策の「現場(実践)」と「研究」と「政策」の連動性を高めること、地域自殺対策の取り組みを公衆衛生学的見地からきめ細かく技術指導できるセンターの創設などの提案が大きな意味を持つ⁷⁾。WHOの健康の定義は“Health is a state of complete

physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity (健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいう)である³⁾。WHO の健康の定義は、肉体的、精神的、社会的を含んでおり、これは自殺対策においても同様であろう。すなわち、公衆衛生学的見地からきめ細かく技術指導できるには、この三者の見方ががしっかり取り入れられ、統合されることが必要である。その意味では、日本においては、精神医学は発展しているものの、精神保健は未だに弱体であり、そのことが自殺対策のような社会的視点を求められる場合の弱点となっている。WHO がメンタルヘルス (mental health) を「メンタルヘルスとは、人が自身の能力を発揮し、日常生活におけるストレスに対処でき、生産的に働くことができ、かつ地域に貢献できるような満たされた状態 (a state of well-being) である」と定義していることを紹介しておく。また、筆者は精神保健を「人間とその行動の理解を踏まえ、「共に生きる社会」の実現という理念のもと、社会に起こるさまざまな問題の実態と関連する要因を明らかにしつつ、社会との協働によってその解決を図り、社会をよりよいものにしていく活動をいう」と、公衆衛生の観点から明確にして定義していることを紹介しておく¹²⁾。

自殺対策の経緯で述べたように、自殺対策基本法、自殺総合対策大綱、そして地域における自殺対策力の強化のために設けられた地域自殺対策緊急強化基金は、自殺対策の地域への普及を進めた。その一方で、自殺死亡数が急増前の水準に戻る中で、自殺の問題への関心が低下している実態がある。自殺問題への関心の低下は、第 2 次世界大戦後 4 回目の自殺増加期を招きやすくするのであり、それを避けるためには、1998 年の自殺の急増以降明らかにされてきたことを、予防介入戦略の技術として、各現場の中に反映できるように情報化していくことであろう。国に最も必要なのは、予防介入戦略の技術を普及し、自治体の創意

工夫を進めることのできる一定の財源と、それを刺激する情報提供 (人材育成の機会を含む) であろう。

自治体に自殺対策アクションプランの策定を義務付けるべきという意見がある。一見、正当なようだが、時間はかかっても、個々の自治体において議論し、決定するプロセスの重要性を明示しないとしたら問題である。大げさに聞こえるかもしれないが、それは、我々が明治以来経験してきた不幸な歴史を振り返るとき、欠くことができないものだと思う。議論と合意に時間をかけることは、結果として、持続可能性の高い自殺対策を地域に定着させることにつながるだろう。その意味で、内閣府が基金事業をスタートするときメニュー方式をとり、事業の選択を自治体などの判断に委ねたのは、正当な方向付けであったと思う。今後の自殺対策の発展に必要なのは、個別の主体的取組の発展の尊重であって、それに役立つ公平な、利用の限界を明示した情報提供こそ、大切である。

筆者の勤務する川崎市では、2014 年に「川崎市自殺対策の推進に関する条例」が制定され、それに基づいて、2015 年 3 月に「川崎市自殺対策総合推進計画」が策定されている。この計画は、自殺対策基本法および自殺総合対策大綱を踏まえつつ、「川崎市自殺対策の推進に関する条例」に基づく計画とし、「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」の概念に同調し、「かわさきノーマライゼーションプラン」をはじめとする関係する計画などと連携を図り、川崎市の新たな総合計画策定において整合性を図るとしている (図)。川崎市の計画の特徴は「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」とのつながりをよく考えていることにある。このビジョンは高齢者を中心に議論が展開されてきた「地域包括ケアシステム」は、障害者や子ども、子育て世帯など、地域内において「何らかのケア」を必要とするすべての人を対象とした場合についても仕組みを共有できる部分は多いと考えられることから、高齢者、障害者や子ども、子育て世帯などに加え、現時点で他者か

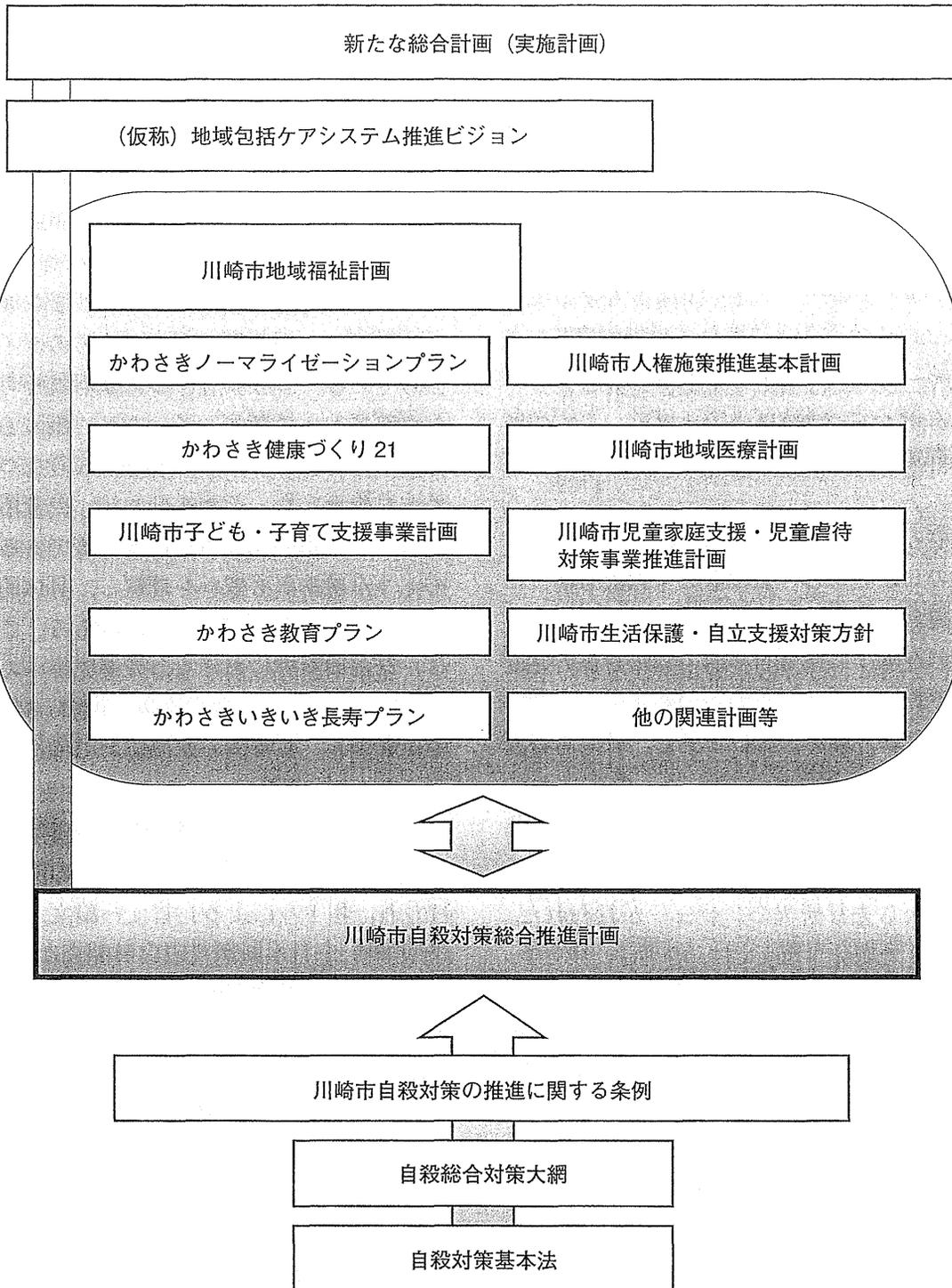


図 川崎市自殺対策総合推進計画の位置付け

らのケアを必要としない方々を含めた「すべての地域住民」を対象として構築を推進するとしている。このビジョンに同調するという方向性は、川崎市において地域自殺対策の新たな一步を示す可能性がある。自殺対策の持続性を高めるには、それぞれの自治体の歴史・文化の尊重と、自殺の実

態と対策の経緯を踏まえての実践的な助言指導あるいは協働に役立つ可能性のある技術・情報が求められる。

筆者が自殺予防総合対策センターを退職する前、幸いにも、いくつかの経験ができたので簡単に紹介する。

①過労死等防止対策推進法に基づく過労死等に係る労災認定事案等の分析への参画の機会を得たこと

過労死等防止対策推進法(2014)の成立に伴い、過労死等の実態を多角的に把握するため、独立行政法人労働安全衛生総合研究所に設置されている過労死等調査研究センター等において、過労死等に係る労災認定事案等、公務災害認定事案を集約し、その分析を行うことになり、精神障害や自殺事案の分析については自殺予防総合対策センターとの連携を図るよう進められている²⁾。この分析は、勤務問題を背景にした自殺の予防に役立つと思われる。

②若年者の自殺の背景因子や自殺予防に有効な取り組みのレビューと、若年者の「自殺予防」に向けての提言取りまとめ

今後のわが国における若年者の自殺対策の基礎資料とするため、若年者の自殺の背景因子や自殺予防に有効な取り組みをレビューし、若年者の自殺予防に向けての提言を公表した。作業は2つの班に別れて進められ、「危機介入班」では、児童精神科医を中心としたメンバーによって、主に医療の立場から先行研究のレビューが行われた。「予防・啓発・地域作り班」では、心理学、社会学、公衆衛生学を背景にした研究者や臨床家によって、学校・地域・インターネットという3つの領域を中心に、若年者の自殺に影響を与える要因および予防対策のあり方が検討された。そして、提言として、(1)学校における自殺予防教育とハイリスクな若年者に対する早期支援の仕組み作り、(2)学校と地域保健機関をつなげる仕組み作り、(3)学校中退者・無職者などのための交流の場を作り、インターネットやアウトリーチでつながる仕組み作り、(4)背景にあるメンタルヘルス問題を看過せず、適切な治療・援助につなげる仕組み作り、(5)自殺リスクの高い親に早期介入する仕組み作り、の5項目を挙げている¹⁾。

③児童相談所における自死遺児等支援の手引き
児童相談所における自殺関連問題に関する調査結果と、自死遺族支援でこれまで培われてきた経

験を踏まえ、自死遺児等の支援に取り組むための基礎的な情報と対応方法についてまとめた。ここで自死遺児等とは、自死(自殺)によって近親者を失った児童、成長の過程の中で家族等の自殺行動を身近に経験した子どもたちを意味する。この手引きは、自死遺児等がどのような問題を抱え、それに援助者がどう対応していくかを示している。また、自死遺児等を支えるさまざまな機関についての情報と、各機関の協力のためのポイントをまとめている。この手引きは児童相談所の職員を主な利用者として想定しているが、他にも、児童の支援に携わるさまざまな援助者に役立つものとなるよう作成した。この手引きは、児童相談所職員にとっては相談児童が自死遺児等である場合にどのような援助が必要かを理解し、具体的な援助を検討する手がかりとなるものである。この手引きは、児童相談所における自死遺児等への支援の指針を示すことで、児童の支援に携わる援助者の負担を軽減し、多機関の連携協力の推進を目指すものになっている⁶⁾。

このほか、アルコール健康障害対策関係者会議において、自殺とアルコール問題の関連が取り上げられ、松下らによるレビュー論文、自殺の心理学的剖検、全日本断酒連盟会員調査などをもとに、(1)アルコール関連問題と自殺の関連性についての積極的な啓発、(2)アルコール関連問題に対する早期介入援助技術の向上と治療・援助体制の充実、(3)断酒会などの自助グループの活動の支援と、それらと連携した自殺予防活動を提案する機会を得た。また、「多重債務問題及び消費者向け金融等に関する懇談会」においては、多重債務に陥りやすい人々の一部は生活困窮にも陥りやすい可能性があることから、これらの人々への予防的支援として、多重債務に関する相談支援と生活困窮者自立支援制度の連携が重要であることについて研究成果を踏まえて提案する機会を得た^{9,10)}。

精神保健医療は、(1)精神科病院等の施設内で適切なサービスを提供する(精神障害者の医療・保護に寄与)、(2)地域において優良なサービスを提供する(患者および家族の安定した地域生活

に寄与), (3) 社会サービスの一環としてサービスを提供する(地域住民と地域社会全体の安定的発展に寄与)の3段階に区分でき, わが国は第2から第3段階への移行期にあると考えられる。自殺対策はまさにこの移行期に現れた課題であり, 自殺対策基本法が厚生労働省に移管された後も, より具体的な対策に向けて, メンタルヘルスを統合した対策の発展が期待される。

おわりに

わが国の自殺対策は自殺対策基本法(2006)をもとにめざましい発展をとげてきた。本稿の終わりにあたり, 法律制定を実現させた方々とその労苦に深く感謝する。同時に, 歴史の中で, 自殺対策発展の機会を探ってきた方々も忘れてはいけない。たとえば, 日本自殺予防学会の前身である自殺予防行政懇話会は1970年に誕生し, 1977年には日本いのちの電話連盟と協働で「自殺予防のための施策に関する要望書」をまとめ, 関係各省をまわって, ①公的専門機関「自殺予防センター」の設置, ②自殺予防に携わる団体の育成, ③広く生命の尊厳と人間の尊厳を高めるような社会教育の強化, を要望した。また, 大原健士郎は1974年の自殺学を心理学・精神医学, 社会学・生態学, 文化を含む学際的な構成として出版し, すでに自殺対策の学際的構成を示している。吉川武彦は論座2000年6月号に掲載された「30年代生まれと団塊は自殺に弱い—精神科医による自殺の社会的把握の試み」の中で, 自殺の社会文化的背景を研究することによって予防と相談にかかわる手法を開発する「自殺予防相談センター」(仮称)を提案するとともに, 自殺防止対策法制定に向けて行動した。結果的に陽の当たらなかつたことも含めて, 長い歴史があって今があることは忘れてはいけないだろうし, そのような歴史をまとめておくことも自殺対策の持続的発展のために大切と思う。

文献

- 1) 科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム準備会若年者の自殺対策のあり

- 方に関するワーキンググループ: 若年者の自殺対策のあり方に関する報告書. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター, 2015
- 2) 過労死等防止対策推進協議会: 厚生労働省ホームページ. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000061675.html?tid=224293> (2015/6/24 最終アクセス)
- 3) 公益社団法人日本 WHO 協会ホームページ: <http://www.japan-who.or.jp/about/index.html> (2015/5/24 最終アクセス)
- 4) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター: 自殺を予防する—世界の優先課題(WHO: Preventing Suicide: A global imperative 日本語訳), 2014
- 5) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター: メンタルヘルスアクションプラン2013-2020(WHO: MENTAL HEALTH ACTION PLAN 2013-2020 日本語訳), 2014
- 6) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター: 児童相談所における自死遺児等支援の手引き, 2015
- 7) 本橋豊編著: よくわかる自殺対策—多分野連携と現場力で「いのち」を守る. ぎょうせい, 2015
- 8) 内閣府: 平成19年版自殺対策白書, 2007
- 9) NPO 自立支援センターふるさとの会: 厚生労働省平成26年度セーフティネット支援対策等事業費補助金(社会福祉推進事業)「居居住支援と生活支援の展開に当たっての社会資源・地域ネットワークの実態に関する全国調査及び普及可能な事業モデルの検討に関する調査研究事業報告書. http://www.hurusatonokai.jp/PDF/2014shakaihukushisuishin_houkokusho.pdf (2015/6/24 最終アクセス)
- 10) 多重債務問題及び消費者向け金融等に関する懇談会: <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/saimu/kondankai.html> (2015/5/24 最終アクセス)
- 11) 竹島正, 川野健治: 自殺対策基本法. 自殺予防の実際. pp 16-23, 永井書店, 2009
- 12) 竹島正: 精神保健はどのように定義されてきたか. 公衆衛生 74: 63-66, 2010
- 13) Takeshima T, Yamauchi T, Inagaki M, et al: Suicide prevention strategies in Japan: A 15-year review (1998-2013). J Public Health Policy 36: 52-66, 2015. doi: 10.1057/jphp.2014.42. Epub 2014 Oct 30.

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
 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患者監護法（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%
	5+	54	17.5%	8	15.1%	11	50.0%	73	19.0%
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%
	5+	2	0.6%	2	3.8%	7	31.8%	11	2.9%
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てとれる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