

厚生労働省
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

平成 24(2012)年 3月
社団法人 日本精神保健福祉連盟

厚生労働省

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

平成 24 (2012) 年 3 月

社団法人 日本精神保健福祉連盟

目 次

I. 総括研究報告

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

清泉女学院大学 清泉女学院短期大学／(社)日本精神保健福祉連盟
吉川 武彦

..... 1

II. 分担研究報告

1. 保健所及び市区町村における精神保健福祉業務に関する調査

(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所／全国精神保健福祉連絡協議会
竹島 正

..... 7

2. 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

岡山県精神保健福祉センター
野口 正行

..... 59

3. 「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

鹿児島県姶良保健所兼大口保健所
宇田 英典

..... 85

名簿

I. 総括研究報告

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
総括研究報告書

検討委員長 吉川 武彦 (清泉女学院大学 清泉女学院短期大学/日本精神保健福祉連盟)
検討委員／事業分担者

竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
/全国精神保健福祉連絡協議会)
野口 正行 (岡山県精神保健福祉センター)
宇田 英典 (鹿児島県姶良保健所兼大口保健所)

要旨 :

【目的】 地域精神保健福祉活動における保健所の機能強化に向けた実践事例の調査を行うとともに、保健所等の地域精神保健福祉活動の現場の業務に資する手引き書を作成すること、また「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂において、改訂すべき箇所と内容を明らかにすることを目的とした。

【方法】 保健所等調査グループでは、保健所、市区町村、精神保健福祉に関連する団体・施設を対象に質問紙調査を行った。手引き書作成グループでは、地域精神保健医療福祉活動に経験の浅い保健所職員を読者に想定した手引きを作成した。「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂検討グループでは、要領に関する課題や論点をまとめた。また東日本大震災発生後の保健所及び市町村における地域精神保健福祉活動の関する現地調査とヒアリングを行った。

【結果および考察】 保健所等調査の結果、精神保健福祉法によってほぼ一元的に進められてきた精神保健福祉は、法律の事務分掌をもとに、保健（健康づくり）と障害者福祉等で分離して扱われるようになっていることが明らかになった。また保健所または市町村と団体・施設の連絡調整の頻度に、団体・施設の区分によって顕著な差が見られ、精神保健医療、障害者自立支援は連携が多いものの、ひきこもり、依存症関連、自殺対策、日本てんかん協会支部、被害者支援では少ないことが推測された。手引き書作成グループでは、(1)手引きの目的、(2)精神保健福祉の動向、(3)相談・訪問、(4)危機介入、(5)関連機関との連携・業務分担、(6)まとめ、(7)資料から構成される手引きを作成した。「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂検討グループでは、要綱の新たな視点として、(1)中核市型自治体、(2)心の健康の保持増進、(3)自殺対策、(4)自然災害、(5)医療計画、(6)児童虐待、(7)精神障害者の地域移行支援の7つを抽出した。東日本大震災被災地の現地調査の結果、(1)保健所の組織形態、(2)人材不足、(3)情報の把握と提供体制、(4)地域組織育成、(5)把握されていない障害者の顕在化、(6)福祉避難所の設置、(7)こころのケアチームの調整機能、(8)ネットワーク会議、(9)職員の安全管理と健康管理、(10)業務分担制による専門化と生活一般への総合的サービス提供のバランス、(11)生活保護世帯の増加への対応、(12)業務を通じた日常的連携体制の構築の重要性の12項目を抽出した。

【結論】 「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」は、「精神保健福祉センター運営要領」と同時に改訂することによって、新たな時代に対応した、行政の精神保健福祉の大きな方向を示す抜本的な改訂になることが期待される。

A.目的

保健所及び市町村は、地域における精神保健福祉の中心的な行政機関として、地域社会との緊密な連絡協調のもとに、精神障害者の

早期治療の促進ならびに社会復帰および自立と社会経済活動への参加の促進を図るとともに、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を行うことが期待されている。

しかし、地域保健体制の変化と保健所数の減少とともに、保健所の機能は低下してきたとの指摘がある。

本研究は、地域精神保健福祉活動における保健所の機能強化に向けた実践事例の調査を行うとともに、保健所等の地域精神保健福祉活動の現場の業務に資する手引き書を作成することを目的とした。また、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂に向けて、改訂すべき箇所と内容を明らかにすることを目的とした。

B.方法

吉川武彦(清泉女学院大学 清泉女学院短期大学/日本精神保健福祉連盟)を座長とする検討委員会を設置し、3つのワーキンググループを設けて調査研究を行った。

保健所等調査グループ：保健所、市町村における「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の運用実態の質問紙調査、地域精神保健福祉活動に関する機関等における保健所、市町村との連携の実態等について、保健所、市区町村、精神保健福祉に関連する団体・施設を対象に質問紙調査を行った。保健所調査は、平成23年4月現在の全国の保健所495箇所を対象とした。市区町村調査は、平成23年3月31日時点の全国の市区町村1,756箇所(786市、23特別区、757町、190村)の約半数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。団体・施設調査は、各都道府県及び政令指定都市の精神保健福祉センター68箇所を経由しての依頼によるもので、地域精神保健福祉活動に関する機関680箇所を対象とした。

手引き書作成グループ：「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」、「精神保健分野における危機管理に関するガイドライン」等を踏まえて、地域精神保健医療福祉活動に経験の浅い保健所職員を読者に想定した「保健所など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」を作

成した。手引き作成に当たっては、資料文献を収集の上、手引き作成グループによる検討会を行い、グループの構成員による執筆の後、グループ代表者が全体の調整を行った。

「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂検討グループ：平成22年度厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)「危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究」(研究代表者 多田羅浩三)の研究成果などを踏まえながら、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」に関する課題や論点をまとめた。また東日本大震災発生後の保健所及び市町村における地域精神保健福祉活動のに関する現地調査とヒアリングを行った。現地調査においては、一定の平準化を図るため、グループで作成したヒアリングシートを用いた。ヒアリングに当たっては、平時の精神保健医療福祉体制の課題やひずみが健康危機時に増幅されるという観点から、評価すべき点、課題、仕組みとして提案・提言したい点を抽出・整理した。

C.結果

保健所等調査グループ：保健所調査の結果、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、県型約6割、中核市型3分の1、指定都市型約6割であった。また市区町村調査で両担当課が同じであるのは、「人口10万人未満」約7割、「人口10万以上30万未満」約3分の2、「人口30万人以上」半数であった。保健所の主たる業務が精神保健福祉の常勤職員数は、県型、中核市型、指定都市型を比較すると、人口規模が小さいとはいえ、県型において少ない傾向が見られた。また、市区町村においても「人口10万人未満」等の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。県型における市区町村との連絡調整の内容では、精神保健福祉相談・訪問指導といった、さし迫った課題への対応のほか、精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討、自殺対策等の新たな課題への対応が多

かった。団体・施設の調査においては、保健所または市町村との連絡調整の頻度に、団体・施設の区分によって顕著な差が見られ、精神保健医療、障害者自立支援は連携が多いものの、ひきこもり、依存症関連、自殺対策、日本てんかん協会支部、被害者支援では少ないとの回答が多かった。

手引き書作成グループ：主たる読者を、地域精神保健医療福祉活動に経験の浅い保健所職員を想定して、(1)手引きの目的、(2)精神保健福祉の動向、(3)相談・訪問、(4)危機介入、(5)関連機関との連携・業務分担、(6)まとめ、(7)資料から構成される手引きを作成した。

「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂検討グループ：「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」に関する課題や論点として、これまで業務要領に記載されていた項目に加えて、新たな視点として、(1)中核市型自治体、(2)心の健康の保持増進、(3)自殺対策、(4)自然災害、(5)医療計画、(6)児童虐待、(7)精神障害者の地域移行支援の7つの項目を抽出した。(1)については、(a)総合的な精神保健医療福祉施策のための都道府県施策との積極的な連携 (b)中核市型保健所における障害福祉部局、自立支援協議会等との連携と総合的な施策の推進、(c)措置診察業務について通報を受理する中核市型保健所と措置診察を実施する都道府県等との間の積極的な連携、(d)精神保健福祉関連の専門職の複数配置と多職種によるチームアプローチの推進、(e)保健所職員の研修の協働実施による資質の向上等の意見があった。(2)については、(a)こころの健康の保持増進に関する保健所機能の強化、(b)ライフステージに応じたこころの健康づくり、(c)こころの健康づくりを支援する体制の整備、(d)既存体制のニッチ（隙間）の分野における体制の整備等の意見があった。(3)については、(a)地域の実態把握とそれを地域の関係機関・団体の情報収集・解析・還元するネットワーク、(b)対策の実践における地域のネットワーク、(c)危機介入に関する役割、(d)自殺未遂者・自死遺

族等のケアに関する役割、(e)地域における総合的自殺対策に取組んでいく役割を担う機関・その体制についての意見等があった。(4)については、(a)こころのケア体制構築・維持の中核としての保健所の位置づけの明確化、(b)被災を免れた被災地における精神保健福祉分野の中核的機能、(c)被災地における精神科医療確保と被災地域の心の健康の回復に中長期的に関わっていく中核的機能等の意見があった。(5)については、(a)医療計画に定める疾患として新たに精神疾患が追加されることから、障害福祉計画や介護保険事業支援計画との連携を踏まえつつ、精神疾患の病期や個別の状態像に対応した適切な医療体制を構築し維持するために保健所が行うべき業務をあらためて整理し明記すること、(b)精神疾患の発症予防及び早期発見・支援、(c)医療連携体制構築における機能と役割、(d)地域生活支援のための地域ケア体制構築、(e)急性期対応のシステム化等の意見があった。(6)については、(a)児童虐待の地域精神保健分野における位置づけの整理・検討、(b)母子保健とメンタルケアの連動（地域精神保健に関する母子保健、児童福祉、障害者対策等との連携のあり方にに関する検討）等の意見があった。(7)については、(a)精神障害者の地域生活への移行支援及び地域生活定着に関する機能・役割、(b)関係機関団体との連携体制、(c)広域圏域における地域移行支援のコーディネイト機能、(d)情報収集と評価・情報提供、(e)人材確保と育成・活用等の意見があった。

東日本大震災の現地調査・ヒアリングの結果、被災の大きかった岩手県、宮城県、福島県の3県にある都道府県型保健所、政令市型保健所さらには市町村ごとに、特性や特徴の違いが見受けられたものの、いくつかの共通項あるいは今後の地域精神保健福祉を考える上で特徴的なものが確認された。それらは、(1)保健所の組織形態、(2)人材不足、(3)情報の把握と提供体制、(4)地域組織育成、(5)把握されていない障害者の顕在化、(6)福祉避難所の設置、(7)こころのケアチームの調整機能、(8)

ネットワーク会議、(9)職員の安全管理と健康管理、(10)業務分担制による専門化と生活一般への総合的サービス提供のバランス、(11)生活保護世帯の増加への対応（こころと暮らしの総合支援）、(12)業務を通じた日常的連携体制の構築の重要性にまとめることができた。(1)としては、(a)東北地方の多くの保健所組織が統合事務所化しており、保健所長の役割がスタッフの位置づけになっていることが、迅速・的確な公衆衛生を進める上で障害となつた可能性があることが挙げられた。(2)としては、地域精神保健活動をすすめるためのキーパーソンとなる精神保健福祉の専門職不足等が挙げられた。(3)としては、(a)市町村に作成の義務がある災害時要支援者リストには認知症は含まれているものの統合失調症等の精神疾患は含まれていないこと、(b)障害者手帳台帳の保健部局と福祉部局の共有化が図られていないこと、(c)電子媒体での記録・資料が使用不可の状態に陥ったこと（紙ベースのものとの2重保管についての検討の必要性）が挙げられた。(4)としては、(a)市町村において家族会育成の地域はあるもののそれ以外の組織に関する育成の事例は少なかったこと、(b)レンボーネット（宮古保健所）の立ち上げにおける保健所の積極的関与は参考になることが挙げられた。(5)としては、(a)避難所等における症状の顕在化と排除行動、(b)支援の必要な住民や家族が他人の目が気になり相談できないこと、(c)日頃の地域精神保健福祉活動のなかで障害者の把握が不十分であったことから支援ができなかつた（遅れた）事例があることが挙げられた。(6)としては、精神障害者等が避難する施設等の検討の必要性が挙げられた。(7)としては、被災地には、こころのケアチームが多数支援に訪れたが、これらの外部支援団体の受入調整、さらには中・長期的地域心のケア体制に基づく支援体制の構築・調整等について、保健所の役割を明確に示せなかつたのではないかという指摘があつた。また支援・調整のキーパーソンとしては、保健師等の技術職員の育成・配置、チーム調

整に関する長期支援者（中堅以上の保健師等が候補となる）の配置等の意見があつた。(8)としては、2次医療圏域単位の小回りのきく対応と保健所の役割等の意見があつた。(9)としては、災害時の支援マニュアルは作成されていたものの活用・周知については検討の余地があるとの意見があつた。(10)としては、災害支援に当たる職員の安全確保と健康管理の意見があつた。(11)としては、業務分担制による専門化と生活一般への総合的サービスの提供のバランスが必要との意見があつた。(12)としては、生活保護世帯の増加への対応における保健所と市町村の連携強化の必要性を指摘する意見があつた。(13)としては、市町村の求めに応じた保健所の地域精神保健活動が目立つことから、業務を通じた日常的連携体制の構築が健康危機発生時に重要との意見があつた。

D. 考察

保健所等調査グループ：現在の「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」は、「精神保健福祉センター運営要領」とともに、昭和40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付けられたときに設けられたものを原型にしている。その後、50年以上が経過し、精神保健福祉法改正、障害者自立支援法の成立等に対応して加筆修正がなされてきたが、その結果として、本来の基本的な方向性に加えて、事務業務にかかる詳細な記述が混在した文章量の多い複雑なものになっている。また精神保健福祉法によってほぼ一元的に進められてきた精神保健福祉は、法律の事務分掌をもとに、保健（健康づくり）と障害者福祉等で分離して扱われるようになり、さらに介護保険法、自殺対策基本法、児童虐待防止法、発達障害者支援法、ひきこもり対策等における精神保健福祉の関与を含めると、精神保健は、行政内の様々な部門の中に、分散して存在する時代を迎えており、次回の精神保健福祉法改正に計画されるであろう「保健所及び市町村における精神

「保健福祉業務運営要領」の改訂においては、国民の精神保健福祉のニーズの変化や法制度の変化を踏まえて、「精神保健福祉センター運営要領」と一体的に大規模な改訂を行う必要があると考えられた。

手引き書作成グループ：保健所は精神衛生法改正（1965）によって精神衛生行政の第一線に位置付けられて以来、地域精神保健医療福祉の発展において歴史的役割を担ってきた。しかし、地域保健法（1994）、障害者自立支援法（2005）を経て、市町村の役割が大きくなる一方で、保健所数の減少と人員の削減が進み、地方自治体の財政難も相まって、特に県型保健所において保健所機能は低下しているとの指摘がある。医療・保健・福祉・介護・雇用・教育など幅広い領域の連携による包括的ケアは、複雑困難な課題を抱えた精神障害者の地域支援には欠かすことができない。今後の地域精神保健医療福祉活動において、保健所は、このような支援体制を構築する上で役割を果たしていくことが求められている。また市町村は住民生活に直結した行政サービスを行っており、市町村が精神障害の対応窓口となることは、精神障害者への包括的な地域生活支援のためにもきわめて有益であろう。ただし、地域によっては、保健所数の減少と市町村の対応力の地域差から、地域精神保健医療福祉活動の手薄な地域を生じているのが現状のように思われる。この問題を解決していくには、保健所、市町村、相談支援事業所等の協働による支援をどのように充実させるかを検討する必要がある。

さて、保健所の機能は、県型、中核市型、政令市型等の設置形態によって異なる。このため、全国一律の明確な手引きづくりは困難であるが、保健所が地域精神保健医療福祉の充実において一定の役割を果たすためにどうしても押さえておかなければいけない事項がある。手引き作成は、それを念頭に置いて行った。この手引きは、地域精神保健医療福祉活動に経験の浅い保健所職員を対象としているが、すでに経験を積んだ職員が日々の業務

を振り返るために参考することや、市町村職員、さらに地域精神保健医療福祉活動に関係する諸機関の方にも手に取ってもらうことを念頭に置いて作成した。この手引きが各地で利用されるとともに、よりよく改訂されていくことが期待される。

「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂検討グループ：「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」改訂の課題や論点として、業務要領に記載されていたこれまでの項目に加えて、新たな視点として、(1)中核市型自治体、(2)心の健康の保持増進、(3)自殺対策、(4)自然災害、(5)医療計画、(6)児童虐待、(7)精神障害者の地域移行支援の7つの項目を抽出した。また平時の精神保健医療福祉体制の課題やひずみが健康危機時に増幅されるという観点から、東日本大震災の被災地の保健所や市町村等の関係者を対象に、地域精神保健福祉活動の関する現地調査とヒアリングを行った。その結果、健康危機管理と平時の地域保健活動は密接に連動しており、精神保健医療分野を含め、危機時における保健医療福祉対策は日頃の保健所と市町村の業務等を通じた相互関係が重要であったという指摘や意見が多く聞かれた。また、東日本大震災等の危機発生時における健康危機管理と、日頃の保健所や市町村が実施している地域保健活動の関係を調査・検討しておくことは、予防から早期発見・支援、医療連携、地域ケア体制の推進と評価といった地域精神保健医療福祉の総合的推進を図る観点からも重要であると考えられた。「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」改訂の検討においては、これらの視点を重視する必要がある。

さて、本事業の成果報告会は平成24年3月25日に開催された。成果報告会では本事業の成果及び「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂についてのいくつかの重要な質疑があった。

一つ目は、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂にあわせて「精

「精神保健福祉センター業務運営要領」改訂も検討すべきではないかという意見があった。保健所、市町村、精神保健福祉センターがばらばらに活動することを避け、国民の精神保健福祉のニーズの変化によりよく対応した地域精神保健医療福祉活動を展開するためにも、ふたつの要綱の改訂の検討が、全国精神保健福祉センター長会と全国保健所長会の参加のもとに行われることが期待される。

二つ目は、地域住民に身近な保健福祉の問題は、市町村で取り組むこととする方向に進んできたが、これをどのように発展させるか、今後どのように発展させるのかという意見があった。昭和40(1965)年の精神衛生法改正は、当時、公衆衛生行政の中に精神衛生行政を位置づけた。その後、50年近くを経たが、今日の精神保健福祉行政の重要な課題は、医療・保健・福祉・介護・雇用・教育等の幅広い領域との連携なしには進みにくくなっている。この点、市町村行政にはこれらの全てが含まれており、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂においては、市町村内部への精神保健福祉の浸透を含めて、市町村における取組の強化に取り組む視点を明確にする必要がある。

三つ目は、手引きの内容がハイリスクアプローチ中心になっていて、保健所の活動としての地域住民全体へのポピュレーションアプローチについての言及が乏しいという意見があった。今回の手引き作成においては、地域精神保健医療福祉活動に経験の浅い保健所職員を読者に想定したことから、日常業務にすぐに役立つよう、精神保健福祉相談、訪問指導、危機介入に重点を置くとともに、リハビリテーション、リカバリー等の地域精神保健医療福祉活動に重要な考え方の紹介を行っている。その一方で、ポピュレーションアプローチについては述べられていない。手引きの公表に当たっては、このような手引きの特徴と限界性が読者にきちんと伝わるようにする必要がある。今後、ポピュレーションアプローチの中でも、ハイリスクグループアプロ

ーチのニーズが高まると考えられるが、それへの言及も必要とされるであろう。

四つ目は、世界保健機関(WHO)から、精神疾患の国際的な疫学調査である世界精神保健(WMH)の結果や、DALY(障害調整生存年)のデータが公表され、精神保健は国民全体に関わる問題であることが示されているが、これらのデータを、啓発活動に取り込むことが必要という意見であった。竹島の分担研究報告に示されているように、住民の精神健康に関する調査の管内資料を保有している保健所、市区町村は少なく、これらの国際的にも関心の高い調査結果の活用と普及が望まれる。この場合、精神保健の問題の大きさを示すだけでは十分ではない。精神保健医療福祉の問題に取り組むことが社会にどのようなメリットを生むことができるかも、きちんと伝えていくことが望まれる。

E.結論

地域精神保健福祉活動における保健所の機能強化に向けた実践事例の調査を行うとともに、保健所等の地域精神保健福祉活動の現場の業務に資する手引き書を作成すること、また「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂において、改訂すべき箇所と内容を明らかにすることを目的として、3つのワーキンググループを設けて調査研究を行った。「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」は、「精神保健福祉センター運営要領」と同時に改訂することによって、新たな時代に対応した、行政の精神保健福祉の大きな方向を示す抜本的な改訂になることが期待される。その改訂においては保健所等調査グループによる調査結果、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂検討グループによる課題や論点整理と、東日本大震災発生後の保健所及び市町村における地域精神保健福祉活動の関する現地調査とヒアリング結果の活用が期待される。

II. 分担研究報告

保健所及び市区町村における精神保健福祉業務に関する調査

目 次

I. 「保健所及び市区町村における精神保健福祉業務に関する調査」報告書本文 7
II. 報告書図表 24
III. 調査票 48

保健所及び市区町村における精神保健福祉業務に関する調査

研究分担者 竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者 赤澤 正人 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
立森 久照 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
宇田 英典 (鹿児島県姶良保健所兼大口保健所)
金田一正史 (千葉県健康福祉部障害福祉課)
澁谷いづみ (愛知県半田保健所)
野口 正行 (岡山県精神保健福祉センター)
藤田 健三 (岡山県精神保健福祉センター)

研究要旨:

【目的】保健所、市町村における「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の運用実態の質問紙調査、地域精神保健福祉活動に関する機関等における保健所、市町村との連携の実態等の質問紙調査を行い、本事業の基礎資料とすることとした。

【方法】保健所調査、市区町村調査、団体・施設調査の3つの質問紙調査を行った。

【結果および考察】保健所調査の結果、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、県型約6割、中核市型3分の1、指定都市型約6割であった。また市区町村調査で両担当課が同じであるのは、「人口10万人未満」約7割、「人口10万以上30万未満」約3分の2、「人口30万人以上」半数であった。保健所の主たる業務が精神保健福祉の常勤職員数は、県型、中核市型、指定都市型を比較すると、人口規模が小さいとはいえ、県型において少ない傾向が見られた。また市区町村においても「人口10万人未満」等の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。県型における市区町村との連絡調整の内容では、精神保健福祉相談・訪問指導といった、さし迫った課題への対応のほか、精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討、自殺対策等の新たな課題への対応が多かった。団体・施設の調査においては、保健所または市町村との連絡調整の頻度に、団体・施設の区分によって顕著な差が見られ、精神保健医療、障害者自立支援は連携が多いものの、ひきこもり、依存症関連、自殺対策、日本てんかん協会支部、被害者支援では少ないと回答が多かった。精神保健福祉法によってほぼ一元的に進められてきた精神保健福祉は、法律の事務分掌をもとに、保健（健康づくり）と障害者福祉等で分離して扱われるようになり、さらに介護保険法、自殺対策基本法、児童虐待防止法、発達障害者支援法等を加えて、さまざまな法律を所掌する部門の中に、分散して存在する時代を迎えていたと考えられた。「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」は、精神保健福祉センター運営要領とともに、これまでの要綱の微調整ではなく、新たな時代に対応した、行政の精神保健福祉の大きな方向を示す抜本的な改訂になることが期待される。

A. 目的

本研究は、保健所、市町村における「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の運用実態の質問紙調査、地域精神保健福祉活動に関する団体・施設等における保健所、市町村との連携の実態等の質問紙調査を行い、本事業（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）の基礎資料とすることとした。

B. 研究方法

本研究においては、保健所調査、市区町村調査、団体・施設調査の3つの調査を行った。

1. 対象

1) 保健所調査

平成 23 年 4 月現在の全国の保健所 495 箇所を対象とした。

2) 市区町村調査

平成 23 年 3 月 31 日時点の全国の各市区町村 1,756 箇所（786 市、23 特別区、757 町、190 村）の約半数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。

3) 団体・施設調査

各都道府県及び政令指定都市の精神保健福祉センター 68 箇所を経由しての依頼によるもので、地域精神保健福祉活動に関する機関 680 箇所を対象とした。

2. 手続き

本研究では、郵送による質問紙調査を行った。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。

1) 保健所調査

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。

2) 市区町村調査

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、調査法、返送用封筒を送付して回答を求めた。

3) 団体・施設調査

各都道府県および政令指定都市の精神保健福祉センター 68 箇所の協力を得て、各センターから地域精神保健福祉活動に関する団体・施設 10 箇所に調査依頼状、調査票、返送用封筒を配布してもらい、回答を求める。配布する団体・施設 10 箇所として、精神医療審査会委員の勤務する精神科医療機関 2 箇所、精神障害者家族会 1 箇所、依存症関連自助グループ 2 箇所、障害者自立支援法に基づく相談支援事業所 1 箇所、日本てんかん協会支部 1 箇所、ひきこもり、自殺対策、被害者支援、認知症、困窮者支援等の団体・施設から依頼可能なところ 3 箇所を提示した。配布が困難

な団体・施設があった場合は代替の団体・施設へと配布してもらい、必ず 10 箇所の団体・施設に配布するように依頼した。なお、配布先の団体・施設は、連合会ではなく単位会に配布するように依頼した。また精神保健福祉センターには、調査票を配布した団体・施設の名称と連絡先を記載したリストを、研究代表者あてに送付するよう依頼した。

3. 調査項目

1) 保健所調査

1)-1 基本属性と職員数

所属する都道府県・市区町村名、所名を尋ねた。また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。

1)-2 精神保健福祉業務

特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保有する精神保健福祉業務状況にかかる現状及び情報提供についての管内資料

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）」、「いざれもなし」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的回答を求めた。

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

平成22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、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「定期的に実施」「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

平成22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、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、政審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ヶ月間における入院及び通院医療関係事務、措置入院関連の業務実績について、精神保健福祉法第23条、第24条、第25条、第25条の2、第26条、第26条の2、第26条の3、第27条2項の申請・通報等の件数、うち措置診察への立会件数（第27条）、うち措置入院（第29条）の件数、うち緊急措置診察への立会件数の記入を求めた。また医療保護入院の入院届、退院届の受理件数、医療保護入院、措置入院の定期病状報告、応急入院の受理件数の記入を求めた。また精神保健福祉法第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ついて、事前調査の件数と移送への立会件数の記入を求めた。そして医療観察法の地域処遇にかかるケア会議等への職員参加の実績件数、自立支援医療（精神通院医療）の受理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科病院実地指導・実地審査について、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市区町村への協力および連携

連絡調整のあった市区町村ごとに、その頻度、主たる内容、主たる領域・対象を尋ねた。連絡調整の頻度は「月1回以上」「年数回程度」「なかった」から回答を求めた。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、心神喪失者医療観察法、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。

1)-3 自由記述

地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務及び体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方についての意見を自由記述で記載を求めた。

最後に、精神保健福祉センターの業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方についての意見を自由記述で記載を求めた。

2) 市区町村調査

2)-1 基本属性と職員数

所属する都道府県・指定都市名、市区町村名を尋ねた。また精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課について同じかどうかを尋ねた。職員数は、保健所調査と同様の形式で尋ねた。

2)-2 精神保健福祉業務

特に注意がない場合平成 23 年度中の業務および状況（実施見込み含む）を尋ねた。

①保有する精神保健福祉業務状況にかかる現状及び情報提供についての管内資料

保健所調査と同様の形式で尋ねた。

②普及啓発の取組

保健所調査と同様の形式で尋ねた。

③当該地域における組織育成のための助言指導の機会

保健所調査と同様の形式で尋ねた。

④精神保健福祉相談の実施状況

平成 22 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、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

平成 22 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關

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」「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、政審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

まず平成 22 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、平成 23 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、財産上の権利の保護、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。

2)-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

平成 23 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、そのうち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。また平成 23 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。さらに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。

2)-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、保健所平成 23 年 4 月 1 日から 12 月 31 日末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。

2)-5 自由記述

最後に、地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方についての意見を自由記述で記載を求めた。

3) 団体・施設調査

3)-1 基本属性

所属する都道県・指定都市名、団体・施設名称を尋ねた。

3)-2 保健所または市区町村との連携

まず、平成 23 年度における団体・施設と市区町村の連携について、精神保健の普及啓発のための一般向け講演会、行政や地域の関係機関を対象にした研修の取り組みの有無を尋

ねた。次に、同年度における保健所または市区町村における組織育成のための助言指導がどの程度行われていると思うかについて、精神障害者の当事者団体、精神障害者家族会、アルコール・薬物依存症の自助グループの育成支援、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の各項目に関して「日常的に実施されている」「機会的に実施されている」「ほとんど実施されていない」「実施されていない」「わからない」から回答を求めた。また同年度における保健所または市区町村が精神保健福祉相談や訪問指導をどの程度実施していると思うかについて前述の形式で回答を求めた。さらに同年度における保健所または市区町村における社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況の程度について、精神科医療機関との連携、自立支援法に基づく施設・サービスとの連携、自立支援協議会の整備促進および運営支援、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各項目について、前述の形式で回答を求めた。そして団体・施設と所在地の保健所または市区町村との連絡調整の頻度について、「月 1 回以上」「年数回程度」「なかった」から回答を求めた。

3)-3 自由記述

最後に、地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、業務のありかたについての意見を自由記述で記載を求めた。

各調査票は資料を参照されたい。

4. 解析方法

データクリーニングの段階で、保健所調査および市区町村調査の職員数、保健所調査の入院および通院医療関係事務の各件数、市区町村調査の障害者自立支援法に関する事業箇所数の無記入が目立った。複数の保健所、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。

保健所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、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。

市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、各項目の割合または平均値を算出した。なお市区町村の人口は、住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成23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、人口動態及び世帯数（平成22年3月31日現在）のデータを代用した。

団体・施設調査は、精神科医療機関、障害者自立支援、精神障害者家族会、ひきこもり、依存症関連、認知症、自殺対策、日本てんかん協会支部、被害者支援、その他に分類し、各項目の割合または平均値を算出した。

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した。

C. 結果

1. 各調査票の回答率

保健所調査は、308箇所の保健所から回答が得られた（有効回答率62.2%）。型別の有効回答率は、県型239/374(63.9%)、中核市型48/71(67.6%)、指定都市型21/50(42.0%)であった。

市区町村調査は、384箇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。

団体・施設調査は、494箇所から回答が得られた（有効回答率72.6%）。その内訳は、精神科医療機関95箇所、障害者自立支援84箇所、精神障害者家族会50箇所、ひきこもり36箇所、依存症関連97箇所、認知症16箇所、自殺対策30箇所、日本てんかん協会支部26箇所、被害者支援25箇所、その他36箇所であった。

2. 保健所調査

調査結果の概要のみ記載する。詳細は各表を参照されたい。

1)-1 基本属性と職員数（表1.1-1.2）

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、県型137箇所(57.3%)、中核市型16箇所(33.3%)、指定都市型13箇所(61.9%)であった。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）の常勤職員数は、保健師・看護師が最も多く、第一四分位、中央値、第三四分位の順で、県型0.00、1.00、2.00、中核市型0.00、3.00、5.00、指定都市型0.00、2.00、4.00であった。同じく精神保健福祉士は県型0.00、0.00、0.00、中核市型0.00、0.00、1.00、指定都市型0.00、1.00、2.00であった。また精神科嘱託医は、県型1.00、2.00、3.00、中核市型0.00、1.00、4.00、指定都市型0.00、1.00、2.00であった。

1)-2 精神保健福祉業務（表2.1-2.7）

保有する精神保健福祉業務状況にかかる現状及び情報提供についての管内資料については、管内住民の精神健康に関する調査は、県型56箇所(23.4%)、中核市型14箇所(29.2%)、指定都市型6箇所(28.6%)といずれも20台であった。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、指定都市ともにおおむね 80-90%台であったが、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 28 箇所(11.7%)、中核市型 27 箇所(56.3%)、指定都市型 14 箇所 (66.7%) であって、県型で特に低かった。

②普及啓発の取組（表 3.1-3.2）

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「保健所として主催しているものがある」のは、県型 186 箇所(77.8%)、中核市型 47 箇所 (97.9%)、指定都市型 13 箇所 (61.9%) であった。家族や障害者本人に対する教室について「保健所として主催しているものがある」のは、県型 143 箇所(59.8%)、中核市型 38 箇所 (79.2%)、指定都市型 15 箇所 (71.4%) であった。

③研修事業（表 4.1-4.2）

市区町村職員を対象とした研修について「保健所として主催しているものがある」のは、県型 184 箇所 (77.0%)、中核市型 30 箇所 (62.5%)、指定都市型 3 箇所 (14.3%) 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について「保健所として主催しているものがある」のは、県型 185 箇所 (77.4%)、中核市型 26 箇所 (54.2%)、指定都市型 7 箇所 (33.3%) であった。

④当該地域における組織育成のための助言指導の機会（表 5.1-5.6）

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ついて、「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、精神障害者家族会について最も高く、県型 57 箇所 (23.8%)、中核市型 15 箇所 (31.3%)、指定都市型 6 箇所 (28.6%) 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、県型 9 箇所 (3.8%)、中核市型 2 箇所 (4.2%)、指定都市型 1 箇所 (4.8%) であった。

⑤精神保健福祉相談の実施状況（表 6.1-6.9）

平成 22 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は、第一四分位、中央値、第三四分位の順で、県型 224.00、467.00、1086.25、中核市型 614.00、2290.00、7003.00、指定都市型 1113.00、4566.00、6678.00 であった。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 箇所 (97.5%)、43 箇所 (89.6%)、18 箇所 (85.7%) であった。精神科嘱託医による面接相談は「定期的に実施」が最も多く、それぞれ 208 箇所 (87.0%)、43 箇所 (89.6%)、16 箇所 (76.2%) であった。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 箇所 (18.0%)、中核市型 14 箇所 (29.2%)、指定都市型 6 箇所 (28.6%) であって、思春期精神保健、ひきこもりが続いている多かった。最も低かったのは社会復帰で、県型 8 箇所 (3.3%)、中核市型 2 箇所 (4.2%)、指定都市型 1 箇所 (4.8%) であった。

⑥訪問指導の実施状況（表 7.1-7.3）

平成 22 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は、第一四分位、中央値、第三四分位の順で、県型 68.00、129.00、246.00、中核市型 274.00、624.00、1672.00、指定都市型 143.00、260.00、821.00 であった。訪問指導のうち、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の訪問指導を行っている」と回答したのは、県型 86 箇所 (36.0%)、中核市型 27 箇所 (56.3%)、指定都市型 8 箇所 (38.1%) であった。

⑦社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況（表 8.1-8.4）

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、県型 5 箇所 (2.1%)、中核市型 14 箇所 (29.2%)、指定都市型 1 箇所 (4.8%) であった。また「週 1 回よりも少ない頻度」と回答したのは、県型 70 箇所 (29.3%)、中核市型 13 箇所 (27.1%)、指定都市型 7 箇所 (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に「あり」と回答したのは、県型 73 箇所（30.5%）、中核市型 5 箇所（10.4%）、指定都市型 5 箇所（23.8%）であった。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に「あり」と回答したのは、県型 27 箇所（11.3%）、中核市型 24 箇所（50.0%）、指定都市型 7 箇所（33.3%）であった。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に「あり」と回答したのは、県型 25 箇所（10.5%）、中核市型 10 箇所（20.8%）、指定都市型 4 箇所（19.0%）であった。

⑧平成 23 年 4 月 1 日から 9 月 30 日までの 6 ヶ月間における入院及び通院医療関係事務（表 9.1-9.4）

措置入院関連の業務実績について、精神保健福祉法第 23 条の申請件数は、第一四分位、中央値、第三四分位の順で、県型 0.00、0.00、0.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、0.00、1.00 であった。そのうちの措置診察への立会件数（第 27 条）は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。措置入院（第 29 条）の件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。緊急措置診察への立会件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。

第 24 条の通報件数は、県型 2.00、6.00、12.00、中核市型 0.00、9.00、26.50、指定都市型 8.00、19.00、51.50 であった。そのうちの措置診察への立会件数（第 27 条）は、県型 0.00、2.00、5.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 2.00、8.00、16.00 であった。措置入院（第 29 条）の件数は、県型 0.00、2.00、4.00、中核市型 0.00、0.00、2.00、指定都市型 2.50、6.00、14.00 であった。緊急措置診察への立会件数は、県型 0.00、0.00、1.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、5.00、8.50 であった。

第 25 条の通報件数は、県型 0.00、0.00、1.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、2.00、7.00 であった。そのうちの措置診察へ

の立会件数（第 27 条）は県型 0.00、0.00、1.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、0.00、3.50 であった。措置入院（第 29 条）の件数は、県型 0.00、0.00、0.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、0.00、2.50 であった。緊急措置診察への立会件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。

第 25 条の 2 の通報件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。

第 26 条の通報件数は、県型 0.00、0.00、3.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、0.00、13.00 であった。そのうちの措置診察への立会件数（第 27 条）は、県型 0.00、0.00、0.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、0.00、0.50 であった。措置入院（第 29 条）の件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。緊急措置診察への立会件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。

第 26 条の 2 の通報件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。

第 26 条の 3 の通報件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。

第 27 条 2 項の通報件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。措置入院（第 29 条）の件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。

医療保護入院の入院届は、県型 45.00、106.00、223.00、中核市型 68.25、241.50、403.00、指定都市型 2.50、170.00、564.00 であった。退院届の受理件数は、県型 33.00、83.00、184.00、中核市型 43.50、210.50、293.00、指定都市型 0.50、176.00、519.00 であった。

医療保護入院の定期病状報告は、県型 21.00、53.00、116.00、中核市型 1.50、107.00、194.50、指定都市型 0.00、59.00、245.00 であった。措置入院の定期病状報告は、県型 0.00、1.00、2.00、中核市型 0.00、1.00、3.00、指定都市型 0.00、1.00、45.00 であった。応急入院の受理件数は、県型 0.00、0.00、1.00、中核市型 0.00、

0.00、2.00、指定都市型 0.00、0.00、12.00 であった。

精神保健福祉法第 34 条の措置入院のための移送の事前調査件数は、県型 0.00、0.00、2.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、0.00、6.00 であった。移送への立会件数は、県型 0.00、0.00、2.00、中核市型 0.00、0.00、0.00、指定都市型 0.00、0.00、2.00 であった。

精神保健福祉法第 34 条の医療保護入院および応急入院のための移送の事前調査件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。移送への立会件数は、県型、中核市型、指定都市型すべて 0.00、0.00、0.00 であった。

医療観察法の地域処遇にかかるケア会議等への職員参加の実績件数は、県型 0.00、1.00、3.00、中核市型 0.00、5.00、8.00、指定都市型 0.00、2.00、9.00 であった。

自立支援医療（精神通院医療）の受理件数は、県型 0.00、407.00、1032.50、中核市型 0.00、1993.00、3560.25、指定都市型 1028.75、1260.00、4241.00 であった。

都道府県知事、政令指定都市市長が行う精神科病院実地指導・実地審査について、精神保健福祉法に基づく実地指導を実施またはそれに参画しているのは、県型 207 箇所 (86.6%)、中核市型 15 箇所 (31.3%)、指定都市型 13 箇所 (61.9%) であった。実地審査を実施またはそれに参画しているのは、県型 180 箇所 (75.3%)、中核市型 10 箇所 (20.8%)、指定都市型 11 箇所 (52.4%) であった。

⑨市町村への協力および連携（表 10.1-10.2）

県型保健所の調査票にリストされた市町村 1,018 箇所のうち、連絡調整の頻度が「月 1 回以上」または「年数回程度」であった市町村数は 1,006 箇所 (98.8%) であった。その主たる内容（複数回答）は、精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討 454 箇所 (44.6%)、市町村障害福祉計画の策定 61 箇所 (6.0%)、自立支援協議会 277 箇所 (27.2%)、精神保健福祉相談・訪問指導 850 箇所 (83.5%)、組織

育成 110 箇所 (10.8%)、職員の研修 87 箇所 (8.5%)、普及啓発 167 箇所 (16.4%)、事例検討会 428 箇所 (42.0%)、教育委員会への支援 15 箇所 (1.5%)、福祉事務所・福祉課への支援 148 箇所 (14.5%) 等であった。

主たる領域・対象（複数回答）は、社会復帰・地域移行 606 箇所 (59.5%)、自殺 450 箇所 (44.2%)、災害・被害者支援 58 箇所 (5.7%)、心神喪失者医療観察法 55 箇所 (5.4%)、認知症 94 箇所 (9.2%)、アルコール関連問題 160 箇所 (15.7%)、薬物依存 14 箇所 (1.4%)、発達障害 73 箇所 (7.2%)、対応困難事例 863 箇所 (84.8%) などであった。

1)–3 自由記述（表 11.1-11.2）

地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務及び体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方についての意見を表 11.1 と表 11.2 にまとめた。保健所体制の質と量の充実、市町村の相談体制の充実、都道府県・市町村の役割の明確化、県と中核市における精神保健事務の明確化、保健と福祉の連携、人材育成、アウトリーチ活動の強化等の意見があった。

精神保健センターの業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方については、保健所へのスーパーバイズ機能の強化、専門的な対応のできる人材育成、先駆的な取り組み等の意見があった。

2) 市区町村調査

2)–1 基本属性と職員数（表 12.1-12.2）

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 箇所 (71.5%)、「人口 10 万以上 30 万未満」34 箇所 (64.2%)、「人口 30 万人以上」11 箇所 (50.0%) であった。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）の常勤職員数は、保健師・看護師が最も多く、第一四分位、中央値、第三四分位の順で、「人口 10 万人未満」0.00、0.00、1.00、「人口 10 万以上 30 万未満」0.00、1.00、2.00、「人口

30万人以上」0.00、1.00、8.00であった。精神保健福祉士は、「人口10万人未満」0.00、0.00、0.00、「人口10万以上30万未満」0.00、0.00、0.00、「人口30万人以上」0.00、0.50、7.00であった。精神科嘱託医は、「人口10万人未満」0.00、0.00、0.00、「人口10万以上30万未満」0.00、0.00、0.00、「人口30万人以上」0.00、0.50、11.25であった。

2)-2 精神保健福祉業務

①保有する精神保健福祉業務状況にかかる現状及び情報提供についての管内資料（表13.1-13.7）

保有する精神保健福祉業務状況にかかる現状及び情報提供についての管内資料については、管内住民の精神健康に関する調査は、「人口10万人未満」64箇所（20.7%）、「人口10万以上30万未満」14箇所（26.4%）、「人口30万人以上」4箇所（18.2%）であった。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、指定都市ともにおおむね80-90%台であった。

②普及啓発の取組（表14.1-14.2）

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箇所（65.0%）、「人口10万以上30万未満」41箇所（77.4%）、「人口30万人以上」19箇所（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箇所（37.2%）、「人口10万以上30万未満」19箇所（35.8%）、「人口30万人以上」15箇所（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（表15.1-15.6）

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」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箇所（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箇所（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箇所（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箇所（1.9%）のみであった。

④精神保健福祉相談の実施状況（表16.1-16.9）

平成22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は、「人口10万人未満」19.25、62.50、191.00、「人口10万以上30万未満」81.00、325.00、1251.50、「人口30万人以上」898.50、3632.50、7789.25であった。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箇所（79.0%）、44箇所（83.0%）、20箇所（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箇所（13.6%）、8箇所（15.1%）、13箇所（59.1%）であった。定期的な専門相談日の実施の割合はおおむね「人口30万人以上」で最も高く、アルコール問題7箇所（31.8%）、認知症6箇所（27.3%）、思春期精神保健5箇所（22.7%）等であった。「人口10万以上30万未満」では認知症が最も高く、6箇所（11.3%）であった。「人口10万人未満」でも認知症が最も高く、26箇所（8.4%）であった。

⑤訪問指導の実施状況（表17.1-17.3）

平成22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は、「人口10万人未満」11.00、40.00、99.50、「人口10万以上30万未満」34.00、91.00、336.00、「人口30万人以上」258.50、828.00、1634.50であった。訪問指導のうち、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 箇所 (12.9%)、「人口 10 万以上 30 万未満」12 箇所 (22.6%)、「人口 30 万人以上」16 箇所 (72.7%) であった。

⑥社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況（表 18.1-18.4）

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 箇所 (3.9%)、「人口 10 万以上 30 万未満」5 箇所 (9.4%)、「人口 30 万人以上」9 箇所 (40.9%) であった。また「週 1 回よりも少ない頻度」と回答したのは、「人口 10 万人未満」61 箇所 (19.7%)、「人口 10 万以上 30 万未満」14 箇所 (26.4%)、「人口 30 万人以上」4 箇所 (18.2%) であった。自立支援法関連施設・サービスへの支援・助言に「あり」と回答したのは、「人口 10 万人未満」106 箇所 (34.3%)、「人口 10 万以上 30 万未満」31 箇所 (58.5%)、「人口 30 万人以上」19 箇所 (86.4%) であった。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に「あり」と回答したのは、「人口 10 万人未満」118 箇所 (38.2%)、「人口 10 万以上 30 万未満」28 箇所 (52.8%)、「人口 30 万人以上」15 箇所 (68.2%) であった。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に「あり」と回答したのは、「人口 10 万人未満」86 箇所 (27.8%)、「人口 10 万以上 30 万未満」25 箇所 (47.2%)、「人口 30 万人以上」10 箇所 (45.5%) であった。

⑦入院および通院医療関係事務（表 19.1-19.7）

平成 22 年度末における自立支援医療(精神通院医療)の受給者数は、「人口 10 万人未満」83.00、208.00、455.00、「人口 10 万以上 30 万未満」1104.00、1499.00、2035.00、「人口 30 万人以上」3633.00、5141.00、11612.00 であった。

平成 23 年 4 月 1 日から 12 月 31 日の間の、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 箇所 (59.2%)、「人口 10 万以上 30 万未満」52 箇所 (98.1%)、「人口 30 万人以上」20 箇所 (90.9%) であった。入院時の診察への同席は、「人口 10 万人未満」60 箇所 (19.4%)、「人口 10 万以上 30 万未満」13 箇所 (24.5%)、「人口 30 万人以上」8 箇所 (36.4%) であった。入院後の診察への同席は、「人口 10 万人未満」33 箇所 (10.7%)、「人口 10 万以上 30 万未満」4 箇所 (7.5%)、「人口 30 万人以上」5 箇所 (22.7%) であった。入院後の面会は、「人口 10 万人未満」68 箇所 (22.0%)、「人口 10 万以上 30 万未満」17 箇所 (32.1%)、「人口 30 万人以上」9 箇所 (40.9%) であった。財産上の権利の保護は、「人口 10 万人未満」16 箇所 (5.2%)、「人口 10 万以上 30 万未満」0 箇所 (0.0%)、「人口 30 万人以上」4 箇所 (18.2%) であった。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は、「人口 10 万人未満」10 箇所 (3.2%)、「人口 10 万以上 30 万未満」1 箇所 (1.9%)、「人口 30 万人以上」3 箇所 (13.6%) であった。医療観察法対象者に対する保護者としての責務（役割）は、「人口 10 万人未満」21 箇所 (6.8%)、「人口 10 万以上 30 万未満」11 箇所 (20.8%)、「人口 30 万人以上」8 箇所 (36.4%) であった。平成 23 年 12 月末現在の、市町村長が保護者となっている入院患者数は、「人口 10 万人未満」0.00、1.00、2.00、「人口 10 万以上 30 万未満」5.25、13.50、24.00、「人口 30 万人以上」26.50、49.00、119.00 であった。

2)-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（表 20.1 - 20.3）

平成 23 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 箇所 (91.9%)、「人口 10 万以上 30 万未満」52 箇所 (98.1%)、「人口 30 万人以上」22 箇所 (100.0%) であった。そのうち保健所が「委員として策定に関与」は、「人口 10 万人未満」102 箇所 (35.9%)、「人口 10 万以上 30 万未満」32 箇所 (61.5%)、「人口 30

万人以上」10 箇所（45.5%）であった。「資料や情報の提供」は、「人口 10 万人未満」102 箇所（35.9%）、「人口 10 万以上 30 万未満」23 箇所（44.2%）、「人口 30 万人以上」10 箇所（45.5%）であった。「助言指導」は、「人口 10 万人未満」63 箇所（22.2%）、「人口 10 万以上 30 万未満」12 箇所（23.1%）、「人口 30 万人以上」4 箇所（18.2%）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の「とても大きい」と「やや大きい」の合計は、「人口 10 万人未満」48 箇所（16.9%）、「人口 10 万以上 30 万未満」13 箇所（25.0%）、「人口 30 万人以上」4 箇所（18.2%）であった。

②障害者自立支援法への取組

市区町村に活動拠点があるもののうち、「人口 10 万人未満」の箇所数が「1 以上」であるのは、指定障害者支援施設（1.59）、グループホームまたはケアホーム（3.10）、生活介護事業所（1.66）、就労継続支援B型事業所（1.93）、地域活動支援センター（1.0）であった。このうち、市区町村が直接運営しているものに「1 以上」はなかった。主たる利用者が精神障害者であるものに「1 以上」はなかった。

「人口 10 万以上 30 万未満」の箇所数が「1 以上」であるのは、指定障害者支援施設（3.26）、グループホームまたはケアホーム（11.28）、生活介護事業所（5.43）、自立訓練（生活訓練）事業所（1.68）、就労移行支援事業所（2.85）、就労継続支援 A 型事業所（1.08）、就労継続支援 B 型事業所（8.13）、地域活動支援センター（3.51）、その他の障害者相談支援事業（3.23）であった。このうち、市区町村が直接運営しているものに「1 以上」はなかった。主たる利用者が精神障害者であるもの「1 以上」は、グループホームまたはケアホーム（2.70）、就労継続支援 B 型事業所（1.66）、地域活動支援センター（1.83）であった。

「人口 30 万以上」の箇所数が「1 以上」であるのは、指定障害者支援施設（9.55）、グループホームまたはケアホーム（50.27）、生活介護事業所（26.82）、自立訓練（生活訓練）

事業所（4.82）、就労移行支援事業所（9.82）、就労継続支援 A 型事業所（3.95）、就労継続支援 B 型事業所（29.27）、地域活動支援センター（23.86）、その他の障害者相談支援事業（8.73）であった。このうち、市区町村が直接運営しているものの「1 以上」は、生活介護事業所（1.50）、就労継続支援 B 型事業所（1.05）であった。主たる利用者が精神障害者であるものの「1 以上」は、指定障害者支援施設（1.14）グループホームまたはケアホーム（15.73）、生活介護事業所（1.82）、自立訓練（生活訓練）事業所（1.55）、就労移行支援事業所（2.89）、就労継続支援 A 型事業所（1.32）、就労継続支援 B 型事業所（8.23）、地域活動支援センター（9.27）、その他の障害者相談支援事業（2.59）であった。

③自立支援協議会（表 21.1-21.3）

平成 23 年 12 月末時点での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 箇所（85.4%）、「人口 10 万以上 30 万未満」51 箇所（96.2%）、「人口 30 万人以上」22 箇所（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 箇所（16.3%）、「人口 10 万以上 30 万未満」10 箇所（19.6%）、「人口 30 万人以上」6 箇所（27.3%）であった。「協議会委員で関与」は、「人口 10 万人未満」128 箇所（48.5%）、「人口 10 万以上 30 万未満」29 箇所（56.9%）、「人口 30 万人以上」11 箇所（50.0%）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の「とても大きい」と「やや大きい」の合計は、「人口 10 万人未満」93 箇所（35.2%）、「人口 10 万以上 30 万未満」25 箇所（49.0%）、「人口 30 万人以上」13 箇所（59.1%）であった。

2)-4 保健所との精神保健福祉業務にかかる連携（表 22.1-22.10）

保健所平成 23 年 4 月 1 日から 12 月 31 日末日までの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 箇所 (64.4%)、「人口 10 万以上 30 万未満」45 箇所 (84.9%)、「人口 30 万人以上」18 箇所 (81.8%) であった。市町村障害福祉計画の策定は、「人口 10 万人未満」126 箇所 (40.8%)、「人口 10 万以上 30 万未満」34 箇所 (64.2%)、「人口 30 万人以上」14 箇所 (63.6%) であった。自立支援協議会は、「人口 10 万人未満」175 箇所 (56.6%)、「人口 10 万以上 30 万未満」40 箇所 (75.5%)、「人口 30 万人以上」15 箇所 (68.2%) であった。精神保健福祉相談・訪問指導は、「人口 10 万人未満」257 箇所 (83.2%)、「人口 10 万以上 30 万未満」48 箇所 (90.6%)、「人口 30 万人以上」19 箇所 (86.4%) であった。組織育成は、「人口 10 万人未満」111 箇所 (35.9%)、「人口 10 万以上 30 万未満」27 箇所 (50.9%)、「人口 30 万人以上」14 箇所 (63.6%) であった。職員の研修は、「人口 10 万人未満」212 箇所 (68.6%)、「人口 10 万以上 30 万未満」39 箇所 (73.6%)、「人口 30 万人以上」15 箇所 (68.2%) であった。普及啓発は、「人口 10 万人未満」192 箇所 (62.1%)、「人口 10 万以上 30 万未満」41 箇所 (77.4%)、「人口 30 万人以上」17 箇所 (77.3%) であった。事例検討会は、「人口 10 万人未満」190 箇所 (61.5%)、「人口 10 万以上 30 万未満」40 箇所 (75.5%)、「人口 30 万人以上」15 箇所 (68.2%) であった。教育委員会への支援は、「人口 10 万人未満」40 箇所 (12.9%)、「人口 10 万以上 30 万未満」10 箇所 (18.9%)、「人口 30 万人以上」5 箇所 (22.7%) であった。

2)-5 自由記述（表 23）

地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務及び体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方についての意見を表 23 にまとめた。「人口 10 万人未満」の市区町村からは、市町村内に資源がない、広域的な展開が望まれる、保健所の存在が遠くなつた、困難事例が増加した、制度だけの丸投げは困る等の意見があった。「10 万以上 30 万未満」からは、担当課が複雑で調整に時間がかかる、市町村合併により現状把握が困

難になった、保健所の体制強化を強化する、困難事例の県・市協力体制を強化する等の意見があつた。「人口 30 万人以上」からは、地域ネットワークを構築する、実践をとおした施策提案力の強化等の意見があつた。

3) 団体・施設調査

3)-1 保健所または市区町村との連携（表 24.1-24.2）

平成 23 年度における地域の保健所または市区町村と、貴組織が協力して行った、または行う予定の普及啓発や研修の取組に「あり」と回答したのは、精神科医療機関 45 箇所 (47.4%)、障害者自立支援 41 箇所 (48.8%)、精神障害者家族会 39 箇所 (78.0%)、ひきこもり 19 箇所 (52.8%)、依存症関連 59 箇所 (60.8%)、認知症 11 箇所 (68.8%)、自殺対策 21 箇所 (70.0%)、日本てんかん協会支部 10 箇所 (38.5%)、被害者支援 4 箇所 (16.0%)、その他 15 箇所 (42.9%) であった。行政や地域の関係機関を対象にした研修については、精神科医療機関 54 箇所 (56.8%)、障害者自立支援 43 箇所 (51.2%)、精神障害者家族会 15 箇所 (30.0%)、ひきこもり 12 箇所 (33.3%)、依存症関連 46 箇所 (47.4%)、認知症 10 箇所 (62.5%)、自殺対策 16 箇所 (53.3%)、日本てんかん協会支部 6 箇所 (23.1%)、被害者支援 11 箇所 (44.0%)、その他 18 箇所 (51.4%) であった。

3)-2 組織育成のための助言指導（表 25.1-25.5）

保健所または市区町村における組織育成のための助言指導がどの程度行われていると思うかについて、「日常的に実施されている」と「機会的に実施されている」の合計の割合が最も高かったのは、「精神障害者の当事者団体の育成支援」は精神科医療機関の 63 箇所 (66.3%)、「精神障害者家族会の育成支援」は精神障害者家族会の 38 箇所 (76.0%)、「アルコール・薬物依存症の自助グループの育成支援」は依存症関連の 68 箇所 (70.1%)、「精神障害者の就労支援のための職親会の育成支

援」は精神科医療機関の 45 箇所 (47.4%)、「精神保健ボランティア団体の育成支援」は精神科医療機関の 56 箇所 (58.9%) であった。

3)3 精神保健福祉相談と訪問指導（表 26.1-26.2）

保健所または市区町村の精神保健福祉相談が「日常的に実施されている」と「機会的に実施されている」の合計の割合は、精神科医療機関 93 箇所(97.9%)、障害者自立支援 77 箇所 (91.7%)、精神障害者家族会 43 箇所 (86.0%)、ひきこもり 28 箇所 (77.8%)、依存症関連 66 箇所 (68.0%)、認知症 9 箇所 (86.3%)、自殺対策 24 箇所 (80.0%)、日本てんかん協会支部 6 箇所 (23.1%)、被害者支援 9 箇所 (36.0%)、その他 29 箇所 (82.8%) であった。訪問指導の「日常的に実施されている」と「機会的に実施されている」の合計の割合は、精神科医療機関 86 箇所(90.5%)、障害者自立支援 72 箇所 (85.7%)、精神障害者家族会 34 箇所 (68.0%)、ひきこもり 16 箇所 (44.4%)、依存症関連 41 箇所 (42.3%)、認知症 8 箇所 (50.1%)、自殺対策 16 箇所 (53.4%)、日本てんかん協会支部 2 箇所 (7.6%)、被害者支援 6 箇所 (24.0%)、その他 22 箇所 (62.8%) であった。

3)4 社会復帰および自立と社会参加への支援（表 27.1-27.5）

社会復帰および自立と社会参加への支援について、「日常的に実施されている」と「機会的に実施されている」の合計の割合が最も高かったのは、「精神科医療機関との連携」は精神科医療機関の 89 箇所 (93.7%)、「自立支援法に基づく施設・サービスとの連携」は精神科医療機関、障害者自立支援の 86 箇所 (90.5%)、「自立支援協議会の整備促進および運営支援」は精神科医療機関の 78 箇所 (82.1%)、「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」は精神科医療機関の 70 箇所 (73.7%)、「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」は障害者自立支援の 47 箇所 (56.0%) であった。

3)5 保健所または市町村との連絡調整の頻度（表 28.1-28.2）

所在地の保健所との連絡調整の頻度について、「月 1 回以上」と回答したのは、精神科医療機関 65 箇所(68.4%)、障害者自立支援 58 箇所 (69.0%)、精神障害者家族会 18 箇所 (36.0%)、ひきこもり 8 箇所 (22.2%)、依存症関連 31 箇所 (32.0%)、認知症 3 箇所 (18.8%)、自殺対策 8 箇所 (26.7%)、日本てんかん協会支部 0 箇所 (0.0%)、被害者支援 0 箇所 (0.0%)、その他 8 箇所 (22.9%) であった。

所在地の市区町村との連絡調整の頻度について、「月 1 回以上」と回答したのは、精神科医療機関 72 箇所(75.8%)、障害者自立支援 69 箇所 (82.1%)、精神障害者家族会 18 箇所 (36.0%)、ひきこもり 8 箇所 (22.2%)、依存症関連 25 箇所 (25.8%)、認知症 5 箇所 (31.3%)、自殺対策 9 箇所 (30.0%)、日本てんかん協会支部 0 箇所 (0.0%)、被害者支援 0 箇所 (0.0%)、その他 13 箇所 (37.1%) であった。

3)3 自由記述（表 29）

地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、業務のありかたについての意見については表 29 にまとめた。かかわりの継続（精神科医療機関）、多問題・重度障害・重複障害の支援（精神科医療機関）、未治療・治療中断の支援（精神科医療機関）、支援困難事例の連携（障害者自立支援）、家族会の育成（精神障害者家族会）、ひきこもりの理解（ひきこもり）、夜間休日の対応と相談・訪問の強化（自殺対策）、保健所及び市町村との連携の改善（日本てんかん協会支部）、DV 被害者対策をガイドラインに入れること（被害者支援）、高次脳機能障害の理解（その他）、地域のネットワークづくりの促進（その他）等の意見があった。

D. 考察

本研究においては、保健所調査、市区町村

調査、団体・施設調査の3つの調査を行ったため、はじめにそれらを個別に考察し、その後に総合的な考察を行う。

保健所調査の結果、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、県型約6割、中核市型3分の1、指定都市型約6割であった。このことは、障害者自立支援法を契機に、かなり多くの保健所で、これまで精神保健福祉として扱われてきたものが、法律の事務分掌にしたがって分離して扱われるようになったことを示している。県型では、中核市型、指定都市型に比べて人口規模が小さい保健所が多いとはいえ、主たる業務が精神保健福祉である職員の配置が少ない、管内の障害者自立支援法の障害福祉サービスの利用実数についての情報を保有しているところが少ないと、保健所に期待される役割に比べて、業務実施体制および保有している情報量が弱体である可能性があることが示唆された。住民の精神健康に関する調査の管内資料は、保健所の型別にかかわらず、保有しているところが少なかった。精神保健のニーズが多様化し、かつ増大している中で、住民の精神健康に関する調査へのニーズも高まっていくと思われるため、各地の精神保健福祉活動の基盤になる健康調査の結果が得られるよう、関係機関が連携することが望まれる。精神保健のグループワークについては、昭和50(1975)年に保健所デイケア（保健所における社会復帰相談指導事業）が行われるようになり、それが全国に普及した頃に比べる大きく減少したと考えられるし、それとつながるように普及した精神障害者家族会、精神障害者の当事者団体育成のための助言指導にも、それらが最も盛んであった頃に比べると、減少の傾向があるように思われる。定期的な専門相談日の中で社会復帰が最も少なく、アルコール問題、思春期、ひきこもりの方が多いのには、障害者自立支援法の成立や、精神保健医療福祉のニーズの変化が大きく影響しているであろう。県型における市町村への協力および連携の主たる領域・対象としては、現下の重要

課題である社会復帰・地域移行、自殺対策が大きな比重を占めていることが明らかになった。またその一方で、主たる内容で、精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討と精神保健福祉相談・訪問指導が大きな比重を占めていた。これらを総合すると、保健所の精神保健福祉業務には、地域の精神保健福祉ニーズの変化と障害者自立支援法の成立によって大きな変化が起こっており、現在の「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」ではうまくカバーできない状況が生じていると考えられた。

市区町村調査の結果、市区町村調査で両担当課が同じであるのは、「人口10万人未満」約7割、「人口10万以上30万未満」約3分の2、「人口30万人以上」半数であって、かなり多くの市区町村において、精神保健福祉は、法律の事務分掌をもとに、健康づくりと障害者福祉に分かれて担当されていることが明らかになった。主たる業務が精神保健福祉である職員の配置は「人口10万人未満」等の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。管轄地域の人口規模が小さければ、それに伴って必要な業務量も一般的に少なくなるであろう。しかし、障害者自立支援法に関連した施設・活動のうち、市区町村に活動拠点があるものの箇所数は、管轄地域の人口規模によって顕著な差があり、人口規模の小さい市区町村では管内の社会資源は乏しかった。また、保健所との業務上の連絡調整の頻度については、「月1回以上」または「年数回程度」と回答のあった割合は人口規模の小さいほど低い傾向があった。人口規模の小さな市区町村には保健所を有していないところが多いと予想されるため、県型保健所と市区町村の連携が必要になるが、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実態が生じていることも考えられた。住民の精神健康に関する調査の管内資料は、市区町村の人口規模にかかわらず、保有しているところが少なく、保健所調査で述べたことと同じく、関係機関が連

携することが望まれる。市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が、その実績から考えると、親族等から保護者を選任できない場合のやむを得ない対応となっているだけで、実態に乏しい可能性もあると考えられた。政府は、「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」(平成 22 年 6 月閣議決定)において、精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成 24 年内を目途にその結論を得るとしているが、本研究の成果もその検討の一助になることが期待される。

団体・施設の調査においては、保健所または市町村との連絡調整の頻度に、団体・施設の区分によって顕著な差が見られ、精神保健医療、障害者自立支援は連携が多いものの、ひきこもり、依存症関連、自殺対策、日本てんかん協会支部、被害者支援では少ないと回答が多かった。団体・施設の意見（自由記載）においても、精神保健福祉のニーズの変化と多様に対応した取組を求める意見が見られた。このことの背景には、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」が作成された当時と精神保健福祉のニーズが大きく異なっていることや、実際の精神保健福祉活動が、緊急事例の対応や障害者自立支援法への対応が中心になっており、精神保健福祉の多様な領域に対してバランスの取れたものになっていないという事情があるようと思われる。団体・施設調査の結果は、精神保健福祉センターを介して各 10 団体への調査票の配布を依頼したもので、必ずしもその領域の実態を代表するものではないが、保健所、市町村の精神保健福祉の取組をサービス利用者の視点を踏まえて述べている貴重な資料であり、ひきこもり、日本てんかん協会支部等については、団体・施設の数に対する回答率も高いことから、十分に参考に値する調査結果であろう。

最後に総合的な考察を述べる。現在の「保

健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」は、「精神保健福祉センター運営要領」とともに、昭和 40 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付けられたときに設けられたものを原型としている。その後、50 年以上が経過し、精神保健福祉法改正、障害者自立支援法の成立等に対応して加筆修正がなされてきたが、その結果として、本来の基本的な方向性に加えて、事務業務にかかる詳細な記述が混在した文章量の多い複雑なものになっている。また精神保健福祉法によってほぼ一元的に進められてきた精神保健福祉は、法律の事務分掌をもとに、保健（健康づくり）と障害者福祉等で分離して扱われるようになり、さらに介護保険法、自殺対策基本法、児童虐待防止法、発達障害者支援法、ひきこもり対策等における精神保健福祉の関与を含めると、精神保健は、行政内の様々な部門の中に、分散して存在する時代を迎えるように思われる。次回の精神保健福祉法改正に計画されるであろう「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂においては、国民の精神保健福祉のニーズの変化や法制度の変化を踏まえて、「精神保健福祉センター運営要領」と一体的に大規模な改訂を行う必要があると考えられた。

E. 結論

保健所、市町村における「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の運用実態の質問紙調査、地域精神保健福祉活動に関する機関等における保健所、市町村との連携の実態等の質問紙調査を行い、本事業の基礎資料とする目的として、保健所調査、市区町村調査、団体・施設調査の 3 つの質問紙調査を行った。「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂においては、「精神保健福祉センター運営要領」とともに、新たな時代に対応した、行政の精神保健福祉の大きな方向を示す抜本的な改訂になることが期待される。

謝辞

本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・施設の皆様に感謝いたします。

また全国保健所長会会長 濵谷いづみ様ほか会員の皆様、全国精神保健福祉センター長会会長 藤田健三様ほか会員の皆様に感謝いたします。

表1.1 精神保健福祉業務を担当している常勤職員数

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

表1.2 精神保健福祉業務を担当している非常勤職員数

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

表2.1 営内住民の精神健康に関する調査結果

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保有している	56 23.4%	14 29.2%	6 28.6%	76 24.7%
保有していない	183 76.6%	34 70.8%	15 71.4%	232 75.3%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表2.2 営内の精神科病院のリスト

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保有している	234 97.9%	46 95.8%	20 95.2%	300 97.4%
保有していない	5 2.1%	2 4.2%	1 2.6%	8 2.6%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表2.3 営内の精神神経科診療所のリスト

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保有している	232 97.1%	48 100.0%	20 95.2%	300 97.4%
保有していない	7 2.9%	0 0%	1 4.8%	8 2.6%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表2.4 営内の自立支援法(精神通院医療)の利用者の実数

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保有している	204 85.4%	39 81.3%	17 81.0%	260 84.4%
保有していない	35 14.6%	9 18.8%	4 19.0%	48 15.6%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表2.5 精神障害者保護法手帳の所持者数

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保有している	206 86.2%	39 81.3%	18 85.7%	263 85.4%
保有していない	33 13.8%	9 18.8%	3 14.3%	45 14.6%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表2.6 営内の自立支援法の障害福祉サービスの施設リスト

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保有している	209 87.4%	40 83.3%	16 76.2%	265 86.0%
保有していない	30 12.6%	8 16.7%	5 23.8%	43 14.0%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表2.7 営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

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保有している		28 11.7%	27 56.3%	69 66.7%
保有していない		211 88.3%	21 43.8%	239 33.3%
合計		239 100.0%	48 100.0%	308 100.0%

表3.1 地域住民の心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 読及率
(%の取扱い)(複数回答)

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保健所として主催		186 77.8%	47 57.9%	246 61.9%
他機関等の実施に協力		125 52.3%	18 37.5%	151 38.1%
いずれもなし		16 6.7%	1 2.1%	21 6.8%
合計		239 100.0%	48 100.0%	308 100.0%

表3.2 家族や障害者本人に対する尊重(複数回答)

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保健所として主催		143 59.8%	38 79.2%	196 71.4%
他機関等の実施に協力		76 22.6%	9 16.7%	89 21.4%
いずれもなし		31.8% 54	18.8% 8	66 4
合計		239 100.0%	48 100.0%	308 100.0%

表3.3 市区町村職員を対象とした研修(複数回答)

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保健所として主催		184 77.0%	30 62.5%	217 44.3%
他機関等の実施に協力		59 22.6%	7 14.6%	70 22.7%
いずれもなし		16.7% 40	33.3% 16	57 14
合計		239 100.0%	48 100.0%	308 100.0%

表4.1 市区町村職員を対象とした研修(複数回答)

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保健所として主催		184 77.0%	30 62.5%	217 44.3%
他機関等の実施に協力		59 22.6%	7 14.6%	70 22.7%
いずれもなし		16.7% 40	33.3% 16	57 14
合計		239 100.0%	48 100.0%	308 100.0%

表4.2 市区町村以外の関係機関・施設・団体を対象とした研修(複数回答)

	県型	中核市型	指定都市型	合計
保健所として主催		185 77.4%	26 54.2%	218 33.3%
他機関等の実施に協力		63 26.4%	10 20.8%	79 25.6%
いずれもなし		32 13.4%	17 35.4%	57 38.1%
合計		239 100.0%	48 100.0%	308 100.0%

表5.1 当該地域における精神障害者の当事者団体の育成支援

	県型	中核市型	指定都市型	合計
平均週1回以上	4 1.7%	0 .0%	0 .0%	4 1.3%
平均月1回以上	29 12.1%	5 10.4%	4 19.0%	38 12.3%
年数回程度	78 32.6%	11 22.9%	2 9.5%	91 29.5%
ない、	128 53.6%	32 66.7%	15 71.4%	175 56.8%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表5.2 当該地域における精神障害者家族会の育成支援

	県型	中核市型	指定都市型	合計
平均週1回以上	0 .0%	2 4.2%	0 .0%	2 .6%
平均月1回以上	57 23.8%	13 27.1%	6 28.6%	76 24.7%
年数回程度	148 61.9%	27 56.3%	9 38.1%	183 59.4%
ない、	34 14.2%	6 12.5%	7 33.3%	47 15.3%
合計	239 100.0%	45 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表5.5 当該地域における精神障害者の当事者団体の育成支援

	県型	中核市型	指定都市型	合計
平均週1回以上	4 1.7%	0 .0%	0 .0%	4 1.3%
平均月1回以上	29 12.1%	5 10.4%	4 19.0%	38 12.3%
年数回程度	78 32.6%	11 22.9%	2 9.5%	91 29.5%
ない、	128 53.6%	32 66.7%	15 71.4%	175 56.8%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表5.6 その他、平均して週1回以上、または月1回以上の育成支援を行っている組織団体

	県型	中核市型	指定都市型	合計
あり	28 11.7%	9 18.8%	1 4.8%	9 12.3%
なし	91 38.1%	15 31.3%	4 9.0%	110 35.7%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表5.3 当該地域におけるアルコール・薬物依存症問題の自動グループの育成支援

	県型	中核市型	指定都市型	合計
平均週1回以上	0 .0%	0 .0%	1 4.8%	1 .3%
平均月1回以上	30 12.6%	8 16.7%	1 4.8%	39 12.7%
年数回程度	90 37.7%	25 31.3%	14 23.8%	158 35.7%
ない、	119 49.8%	52 52.1%	51 66.7%	110 51.3%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表5.4 当該地域における精神障害者の就労支援のための職業会の育成支援

	県型	中核市型	指定都市型	合計
平均週1回以上	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 0%
平均月1回以上	9 3.8%	2 4.2%	1 4.8%	12 3.9%
年数回程度	31 13.0%	4 8.3%	5 23.8%	40 13.0%
ない、	199 83.3%	42 87.5%	15 71.4%	256 83.1%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表6.1 保健所職員による面接相談

	県型	中核市型	指定都市型	合計
定期的に実施	6 2.5%	4 8.3%	0 0%	10 3.2%
随時実施	233 97.5%	43 89.6%	18 85.7%	273 95.5%
実施していない	0 0%	0 2.1%	3 14.3%	4 1.3%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表6.2 精神科専門医による面接相談

	県型	中核市型	指定都市型	合計
定期的に実施	6 2.5%	4 8.3%	0 0%	10 3.2%
随時実施	233 97.5%	43 89.6%	18 85.7%	273 95.5%
実施していない	0 0%	0 2.1%	3 14.3%	4 1.3%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表6.3 アルコール問題についての専門相談日

	県型	中核市型	指定都市型	合計
定期的に実施	87.0% 208	89.6% 43	76.2% 16	86.7% 267
随時実施	14 5.9%	1 2.1%	0 0%	15 4.9%
実施していない	17 5.1%	8.3% 48	5 21	26 8.4%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表6.4 忍辱期精神保健についての専門相談日

	県型	中核都市型	指定都市型	合計
あり	43	13	2	58
	18.0%	27.1%	9.5%	18.8%
なし	196	35	19	250
	82.0%	72.9%	90.5%	81.2%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6.5 ひきこもりについての専門相談日

	県型	中核都市型	指定都市型	合計
あり	39	9	1	49
	16.3%	18.8%	4.8%	15.9%
なし	200	39	20	259
	83.7%	81.3%	95.2%	84.1%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6.6 認知症についての専門相談日

	県型	中核都市型	指定都市型	合計
あり	24	10	1	35
	10.0%	20.8%	4.8%	11.4%
なし	215	38	20	273
	90.0%	79.2%	95.2%	88.6%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6.7 薬物乱用・依存についての専門相談日

	県型	中核都市型	指定都市型	合計
あり	12	6	1	19
	5.0%	12.5%	4.8%	6.2%
なし	227	42	20	289
	95.0%	87.5%	95.2%	93.8%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6.8 社会連携についての専門相談日

	県型	中核都市型	指定都市型	合計
あり	8	2	1	11
	3.3%	4.2%	4.8%	3.6%
なし	231	46	20	297
	96.7%	95.8%	95.2%	96.4%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6.9 その他専門相談日

	県型	中核都市型	指定都市型	合計
あり	32	15	5	52
	13.4%	31.3%	23.8%	16.9%
なし	207	33	16	256
	86.6%	68.8%	76.2%	83.1%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表7.1 保健所職員による訪問指導

	県型	中核都市型	指定都市型	合計
担当職員1人当たりの週1日もしくはそれ以上		86	27	8
		36.0%	56.3%	39.3%
左記よりも少ない頻度		150	19	9
		62.8%	39.6%	57.8%
(ほとんど実施していない)		3	1	5
		1.3%	2.1%	1.6%
実施していない		0	1	4
		0%	2.1%	1.3%
合計		239	48	308
		100.0%	100.0%	100.0%

表7.2 精神科臨床医による訪問指導

	県型	中核都市型	指定都市型	合計
担当職員1人当たりの週1日もしくはそれ以上		1	0	0
		0%	0%	0%
左記よりも少ない頻度		40	15	59
		16.7%	31.3%	19.2%
(ほとんど実施していない)		50	8	62
		20.9%	16.7%	20.1%
実施していない		148	25	186
		61.9%	32.1%	60.4%
合計		239	48	308
		100.0%	100.0%	100.0%

表7.3 その他の非常勤職員による訪問指導

	県型	中核都市型	指定都市型	合計
担当職員1人当たりの週1日もしくはそれ以上		3	3	7
		1.3%	6.3%	2.3%
左記よりも少ない頻度		7	7	15
		2.9%	14.6%	4.9%
(ほとんど実施していない)		11	6	17
		4.6%	12.5%	5.5%
実施していない		218	32	269
		91.2%	66.7%	87.3%
合計		239	48	308
		100.0%	100.0%	100.0%

表8.1 精神保健のグレーブーグ

	県型	中核都市型	指定都市型	合計
週1回以上		5	14	20
		2.1%	29.2%	6.5%
左記よりも少ない頻度		70	13	90
		29.3%	27.1%	29.2%
(ほとんど実施していない)		164	21	198
		68.6%	43.8%	64.3%
実施していない		239	48	308
		100.0%	100.0%	100.0%

表8.2 自立支援法関連施設・サービスへの指導監査

	県型	中核市型	指定都市型	合計
あり	73	5	5	83
	30.5%	10.4%	23.8%	26.9%
なし	166	43	16	225
	69.5%	89.6%	76.2%	73.1%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表8.3 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

	県型	中核市型	指定都市型	合計
あり	27	24	7	58
	11.3%	50.0%	33.3%	18.8%
なし	212	24	14	250
	88.7%	50.0%	66.7%	81.2%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表8.4 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

	県型	中核市型	指定都市型	合計
あり	25	10	4	39
	10.5%	20.8%	19.0%	12.7%
なし	214	38	17	269
	89.5%	79.2%	81.0%	87.3%
合計	239	48	21	308
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表9.1 精神保健福祉法第23条および第24条における措置入院関連の業務実績

(平成23年4月1日～9月30日まで)の度数分布

	県型			中核市型			指定都市型			計	
	件数	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
第23条 申請通報等の件数	0	185	77.4%	42	87.5%	15	71.4%	242	78.6%		
	1	39	16.3%	4	8.3%	3	14.3%	46	14.9%		
	2	4	1.7%	1	2.1%	2	9.5%	7	2.3%		
	3	3	1.3%	1	2.1%	0	0.0%	4	1.3%		
	4	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%		
	5+	7	2.9%	0	0.0%	1	4.8%	8	2.6%		
第23条 うち措置診察への立会件数	0	206	86.2%	46	95.8%	20	95.2%	272	88.3%		
	1	25	10.5%	2	4.2%	1	4.8%	28	9.1%		
	2	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%		
	3	2	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%		
	4	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%		
	5+	4	1.7%	0	0.0%	0	0.0%	4	1.3%		
第23条 うち措置入院の件数	0	207	86.6%	45	93.8%	20	95.2%	272	88.3%		
	1	24	10.0%	3	6.3%	1	4.8%	28	9.1%		
	2	3	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	3	1.0%		
	3	2	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%		
	4	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%		
	5+	2	0.8%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.6%		
第23条 うち緊急措置診察への立会件数	0	233	97.5%	48	100.0%	21	100.0%	302	98.1%		
	1	5	2.1%	0	0.0%	0	0.0%	5	1.6%		
	2	1	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.3%		
第24条 申請通報等の件数	0	27	11.3%	16	33.3%	1	4.8%	44	14.3%		
	1	22	9.2%	0	0.0%	0	0.0%	22	7.1%		
	2	12	5.0%	1	2.1%	0	0.0%	13	4.2%		
	3	20	8.4%	2	4.2%	0	0.0%	22	7.1%		
	4	18	7.5%	1	2.1%	0	0.0%	19	6.2%		
	5+	140	58.6%	28	58.3%	20	95.2%	188	61.0%		
第24条 うち措置診察への立会件数	0	78	32.6%	37	77.1%	4	19.0%	119	38.6%		
	1	23	9.6%	1	2.1%	1	4.8%	25	8.1%		
	2	27	11.3%	3	6.3%	0	0.0%	30	9.7%		
	3	30	12.6%	0	0.0%	1	4.8%	31	10.1%		
	4	15	6.3%	0	0.0%	1	4.8%	16	5.2%		
	5+	66	27.6%	7	14.6%	14	66.7%	87	28.2%		
第24条 うち措置入院の件数	0	82	34.3%	31	64.6%	3	14.3%	116	37.7%		
	1	37	15.5%	3	6.3%	1	4.8%	41	13.3%		
	2	29	12.1%	3	6.3%	1	4.8%	33	10.7%		
	3	21	8.8%	0	0.0%	2	9.5%	23	7.5%		
	4	20	8.4%	2	4.2%	3	14.3%	25	8.1%		
	5+	50	20.9%	9	18.8%	11	52.4%	70	22.7%		
第24条 うち緊急措置診察への立会件数	0	171	71.5%	44	91.7%	8	38.1%	223	72.4%		
	1	32	13.4%	2	4.2%	0	0.0%	34	11.0%		
	2	14	5.9%	1	2.1%	1	4.8%	16	5.2%		
	3	9	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	9	2.9%		
	4	3	1.3%	0	0.0%	1	4.8%	4	1.3%		
	5+	10	4.2%	1	2.1%	11	52.4%	22	7.1%		

表9.2 精神保健福祉法第34条の実績(平成23年4月1日～9月30日まで)の分布

		中央値	パーセンタイル 05	パーセンタイル 25	パーセンタイル 75	パーセンタイル 95	最頻値	N
措置入院のための移送 事前調査の件数								
	県型	0	0	0	2	11	0	239
	中核市型	0	0	0	0	0	0	48
	指定都市型	0	0	0	4	26	0	21
	計	0	0	0	1	11	0	308
措置入院のための移送 移送への立会件数								
	県型	0	0	0	2	9	0	239
	中核市型	0	0	0	0	1	0	48
	指定都市型	0	0	0	0	26	0	21
	計	0	0	0	1	9	0	308
医療保護入院および応急入院のための移送 事前調査の件数								
	県型	0	0	0	0	1	0	239
	中核市型	0	0	0	0	0	0	48
	指定都市型	0	0	0	0	1	0	21
	計	0	0	0	0	1	0	308
医療保護入院および応急入院のための移送 移送への立会件数								
	県型	0	0	0	0	1	0	239
	中核市型	0	0	0	0	0	0	48
	指定都市型	0	0	0	0	1	0	21
	計	0	0	0	0	1	0	308

表9.3 精神保健福祉法に基づく実地指導

	県型	中核都市型	指定都市型	合計
実施している	117 49.0%	3 6.3%	6 28.6%	126 40.9%
参画している	90 37.7%	12 25.0%	7 33.3%	109 35.4%
関与していない	32 13.4%	33 68.8%	8 38.1%	73 23.7%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表9.4 精神保健福祉法に基づく実施審査

	県型	中核都市型	指定都市型	合計
実施している	110 46.0%	3 6.3%	4 19.0%	117 38.0%
参画している	70 29.3%	7 14.6%	7 33.3%	84 27.3%
関与していない	59 24.7%	38 79.2%	10 47.6%	107 34.7%
合計	239 100.0%	48 100.0%	21 100.0%	308 100.0%

表10.1 市区町村との連絡調整 主たる内容(複数回答)

	県型	中核都市型	指定都市型	合計
精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討		454 44.6%	0 0%	454 44.6%
市町村障害福祉計画の策定		61 6.0%	0 0%	61 6.0%
自立支援協議会		277 27.2%	0 0%	277 27.2%
精神保健福祉相談・訪問指導		850 83.5%	0 0%	850 83.5%
組織育成		110 10.8%	0 0%	110 10.8%
職員の研修		87 8.5%	0 0%	87 8.5%
普及啓発		167 16.4%	0 0%	167 16.4%
事例検討会		428 42.0%	0 0%	428 42.0%
教育委員会への支援		15 1.5%	0 0%	15 1.5%
福祉事務所・福祉団体への支援		148 14.5%	0 0%	148 14.5%
その他		47 4.6%	0 0%	47 4.6%
無回答		25 2.5%	0 0%	25 2.5%
合計		1018 100.0%	0 0%	1018 100.0%

表10.2 市区町村との連絡調整 主たる領域・対象(複数回答)

	県型	中核都市型	指定都市型	合計
社会復帰・地域移行		606 59.5%	0 0%	606 59.5%
自殺		450 44.2%	0 0%	450 44.2%
災害・被害者支援		58 5.7%	0 0%	58 5.7%
心・神更生者医療觀察		55 5.4%	0 0%	55 5.4%
認知症		94 9.2%	0 0%	94 9.2%
アルコール問題		160 15.7%	0 0%	160 15.7%
薬物依存		14 1.4%	0 0%	14 1.4%
発達障害		73 7.2%	0 0%	73 7.2%
対応困難事例		863 84.8%	0 0%	863 84.8%
その他		58 5.7%	0 0%	58 5.7%
無回答		27 2.7%	0 0%	27 2.7%
合計		1018 100.0%	0 0%	1018 100.0%

表 11.1 保健所または市区町村の精神保健福祉業務及び体制についての意見

(一部を要約して掲載)

【県型】

- ・ 保健所体制の質と量の充実
- ・ 市町村において対応が難しい事例への取組、支援
- ・ 精神保健福祉の統計整理、目標設定、計画づくり、市町村支援を行う（市町村は障害福祉計画にもとづく推進と社会資源の整備を進めめる）
- ・ 受診援助、危機介入時における保健所の役割を明確化する
- ・ 保健所が中心的な行政機関という時代ではなくになっている
- ・ 移送制度をわかりやすく、使いやすいものにする
- ・ 市町村、関係機関職員のスキルアップを図るための研修を企画・実施する
- ・ 保健所においても予防的な活動が必要とされるが、緊急事例への対応が優先される
- ・ これらの健康づくりを、からだの健康づくりと一体で取り組むことのできる体制が必要
- ・ 「身近なサービスは市町村」と言つても、身近すぎて相談しにくいという声がある
- ・ 精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療（精神通院医療）の利用実態がわからなくなつた
- ・ 市町村支援は、自立支援法関係では、自立支援協議会の活性化と連携、相談支援の質の向上等が課題である。事例対応では、体制が整つてない市町村については関係機関とのネットワークを強化できるように連携を図る。体制が整っていない市町村については技術援助を行なながら、市での体制整備について問題提起する
- ・ 保健所による継続訪問が困難になつている
- ・ 行政のみで解決できなくことも多く、医療機関との連携が必要

【中核市型】

- ・ 地域住民のためには、行政機関の保健部門と福祉部門の連携、あるいは、行政と障害者相談支援事業所や地域包括センター等との協力・協働が必要であり、これらが一体となった相談支援体制の構築が求められる
- ・ 相談業務に携わる専門職（精神保健福祉士、保健師、心理師）の配置
- ・ 移送制度は調査時間がかかり、利用しづらいものとなつている。家庭に民間救急を紹介するが、費用がかかり、負担が大きい。
- ・ 未治療者および治療中断者へのアウトリーチ体制の整備と医療機関との連携強化
- ・ 中核市保健所の権限が不明確であり、事業における財源確保が困難な状況にある
- ・ 精神保健福祉に関する職員は保健師が多いが、心理師、社会福祉士等の専門職の配置による体制の充実を図り、精神保健福祉の窓口の統一が必要である
- ・ 福祉サービスの利用等の相談において、パーソナリティ障害や神経症圏の方からの相談が増加しており、専門職員の増員はもとより、職員のスキルアップが求められる
- ・ 保健所で行っている精神保健福祉における業務は、障害者自立支援法における業務と重

複するところがある

【政令指定都市】

- ・ 精神保健福祉業務に從事する職員の充実
- ・ 実務に当たる保健センターのマンパワー不足
- ・ 精神保健福祉行政に対するニーズが強く求められている現状において、国が掲げている地域移行への実質的な実現はなかなか困難である
- ・ （自殺対策、ひきこもり等の個別事業の充実については記載を省略した）

表 11.2 精神保健福祉センターの業務および体制についての意見
(一部を要約して掲載)

- ・ コンサルテーションの充実
 - ・ 保健所、市町村等の活動が効果的に展開できるような技術指導、技術援助
 - ・ 自立支援医療の申請者の増加が著しいことから、判定業務を行う人員の増加や、事務処理の簡素化等、現場の負担軽減が必要である
 - ・ 市町村専門職への支援体制をつくる
 - ・ 保健所へのスーパーバイズ機能
 - ・ 処遇困難事例検討会のスーパーバイザー
 - ・ モデル事業の実施と保健所への技術指導
 - ・ 調査研究に取り組んでほしい、
 - ・ 精神科救急体制構築のためのリーダーシップ
 - ・ 系統的な研修の計画・実施による人材育成
- (自殺対策、ひきこもり等の個別事業の充実については記載を省略した)

表12.1 精神保健福祉業務を担当している常勤職員数

	人数	10万人未満		10万人以上30万人未満		30万人以上		計	
		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%
	2	0	0.0%	0	0.0%	3	13.6%	3	0.8%
	3+	0	0.0%	0	0.0%	11	50.0%	14	3.6%
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3/4以上)であることを指す。

表12.2 精神保健福祉業務を担当している非常勤職員数

	人数	10万人未満		10万人以上30万人未満		30万人以上		計	
		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3/4以上)であることを指す。

表13.1 管内住民の精神健康に関する調査結果

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
保有している	64 20.7%	14 26.4%	4 18.2%	82 21.4%
保有していない	245 79.3%	39 73.6%	18 81.8%	302 78.6%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表13.2 管内の精神科病院のリスト

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
保有している	249 80.6%	51 96.2%	21 95.5%	321 83.6%
保有していない	60 19.4%	2 3.8%	1 4.5%	63 16.4%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表13.3 管内の精神神経科診療所のリスト

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
保有している	229 74.1%	51 96.2%	22 100.0%	302 78.6%
保有していない	80 25.9%	2 3.8%	0 0%	82 21.4%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表13.4 管内の自立支援医療(精神通院医療)の利用者の実数

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
保有している	289 93.5%	53 100.0%	22 100.0%	364 94.8%
保有していない	20 6.5%	0 0%	0 0%	20 5.2%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表13.5 精神障害者保健福祉手帳の所持者数

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
保有している	301 97.4%	53 100.0%	22 100.0%	376 97.9%
保有していない	8 2.6%	0 .0%	0 2.1%	8 2.1%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表13.6 管内の自立支援法の障害福祉サービスの施設リスト

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
保有している	267 86.4%	51 96.2%	21 95.5%	339 88.3%
保有していない	42 13.6%	2 3.8%	1 4.5%	45 11.7%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表13.7 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

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
保有している	263 85.1%	51 96.2%	21 95.5%	332 86.5%
保有していない	46 14.9%	2 3.8%	1 4.5%	52 13.5%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表14.1 地域住民の心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率

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
市区町村として主催	201 65.0%	41 74.4%	19 86.4%	261 68.0%
他機関等の実施に協力	69 22.3%	10 18.9%	9 40.9%	88 22.9%
いずれもなし	82 26.5%	9 17.0%	0 .0%	91 23.7%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表14.2 家族や障害者本人に対する教室(複数回答)

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
市区町村として主催	115 37.2%	35 58.2%	19 68.4%	149 38.8%
他機関等の実施に協力	59 19.1%	9 17.0%	5 22.7%	73 19.0%
いずれもなし	154 48.7%	29 48.2%	4 18.2%	187 48.7%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表15.1 当該地域における精神障害者の当事者団体の育成支援

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
平均月1回以上	5 1.6%	0 .0%	0 .0%	5 1.3%
平均月1回以下	33 10.7%	2 3.8%	2 9.1%	37 9.6%
年数回程度	40 12.9%	9 17.0%	5 22.7%	54 14.1%
ない	231 74.8%	42 79.2%	15 68.2%	288 75.0%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表15.2 当該地域における精神障害者家族会の育成支援

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
平均月1回以上	0 .0%	0 .0%	1 4.5%	1 3%
平均月1回以下	25 8.1%	5 9.4%	0 0%	30 7.8%
年数回程度	102 33.0%	25 47.2%	16 72.7%	143 37.2%
ない	182 58.9%	23 43.4%	5 22.7%	210 54.7%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表15.3 当該地域におけるアルコール・薬物依存症関連の自助グループの育成支援

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
平均月1回以上	3 1.0%	0 .0%	0 .0%	3 .8%
平均月1回以下	7 2.3%	0 .0%	4 18.2%	11 2.9%
年数回程度	32 86.4%	3 94.3%	7 50.0%	42 85.4%
ない	267 309	50 53	11 22	328 384
合計	300 100.0%	100 100.0%	100 100.0%	384 100.0%

表15.4 当該地域における精神障害者の就労支援のための職親会の育成支援

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
平均月1回以上	0 .0%	0 .0%	1 0%	1 0%
年数回程度	— 4.5%	— 5.7%	— 0%	— 4.4%
ない	95.5% 309	92.5% 53	100.0% 22	95.3% 384
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表15.5 当該地域における精神保健ボランティア団体の育成支援

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
平均週1回以上	5 1.6%	0 .0%	0 .0%	5 1.3%
平均月1回以上	33 10.7%	2 3.8%	2 9.1%	37 9.6%
年数回程度	40 12.9%	9 17.0%	5 22.7%	54 14.1%
ない	231 74.8%	42 79.2%	15 68.2%	288 75.0%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表15.6 その他、平均して週1回以上、または月1回以上の育成支援を行っている組織団体

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	— 5 5.5%	— 13 11.3%	6 9.1%	2 2.5%
なし	— 292 94.5%	— 236 88.7%	— 53 90.9%	— 20 35.9%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.1 市区町村職員による面接相談

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
定期的に実施	— 17 9.4%	— 11 5.7%	3 4.5%	1 3.3%
随時実施	— 241 79.0%	— 36 83.0%	— 6 90.9%	— 20 80.2%
実施していない	— 3 11.7%	— 1 1.3%	— 1 4.5%	— 3 11.2%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.2 精神科嘱託医による面接相談

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
定期的に実施	— 29 9.4%	— 12 13.6%	3 4.5%	1 3.3%
随時実施	— 241 79.0%	— 36 83.0%	— 6 90.9%	— 20 80.2%
実施していない	— 3 11.7%	— 1 1.3%	— 1 4.5%	— 3 11.2%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.3 アルコール問題についての専門相談日

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	14 4.5%	4 7.5%	7 31.8%	25 6.5%
なし	295 95.5%	49 92.5%	15 68.2%	359 93.5%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.4 応期精神保健についての専門相談日

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	10 3.2%	1 1.9%	5 22.7%	16 4.2%
なし	299 96.8%	52 98.1%	17 77.3%	368 95.8%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.5 ひきこもりについての専門相談日

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	12 3.9%	2 3.8%	4 18.2%	18 4.7%
なし	297 96.1%	51 96.2%	18 81.8%	366 95.3%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.6 認知症についての専門相談日

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	26 8.4%	6 11.3%	6 27.3%	38 9.9%
なし	283 91.6%	47 88.7%	16 72.7%	346 90.1%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.7 薬物乱用・依存についての専門相談日

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	6 1.9%	0 0%	4 18.2%	10 2.6%
なし	303 98.1%	53 100.0%	18 81.8%	374 97.4%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表16.8 社会復帰についての専門相談日

	10万人未満	10万人未満	30万人以上	合計
あり			11 1.9%	11 0%
なし			298 96.1%	52 100.0%
合計			309 100.0%	53 100.0%

表16.9 その他の専門相談日

	10万人未満	10万人未満	30万人以上	合計
あり			50 16.2%	50 16.2%
なし			259 83.8%	46 83.8%
合計			309 100.0%	53 100.0%

表17.1 市区町村職員による訪問指導

	10万人未満	10万人未満	30万人以上	合計
担当職員1人当たり週1日もしくはそれ以上			40 12.9%	40 12.9%
左記よりも少ない頻度			208 67.3%	208 67.3%
(ほとんど実施していない)			37 12.0%	37 12.0%
実施していない			24 7.8%	24 7.8%
合計			309 100.0%	53 100.0%

表17.2 精神科精神医による訪問指導

	10万人未満	10万人未満	30万人以上	合計
担当職員1人当たり週1日もしくはそれ以上			1 -3%	1 -3%
左記よりも少ない頻度			7 23%	7 23%
(ほとんど実施していない)			19 6.1%	19 6.1%
実施していない			282 91.3%	282 91.3%
合計			309 100.0%	53 100.0%

表17.3 その他 の非常勤職員による訪問指導

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
担当職員1人当たり週1日もしくはそれ以上	12	6	2	20
左記よりも少な頻度	3.9%	11.3%	9.1%	5.2%
(ほとんど)実施していない	21	3	3	27
実施していない	16	3	2	21
合計	309	53	22	384

表18.1 グループワーク

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
週1回以上	12	5	9	26
左記よりも少な頻度	3.9%	9.4%	40.9%	6.8%
実施していない	61	14	4	79
合計	309	53	22	384

表18.2 自立支援法関連の事業者への支援・助言等

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	106	31	19	156
なし	203	22	3	228
合計	309	53	22	384

表18.3 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

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	118	28	15	161
なし	191	25	7	223
合計	309	53	22	384

表18.4 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

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	86	25	10	121
なし	223	28	12	263
合計	309	53	22	384
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表19.1 精神科病院に入院させる場合の同意

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり		183	52	20
なし		126	1	129
合計		309	53	336
合計		100.0%	100.0%	100.0%

表19.2 入院時の診察への同席

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり		60	13	8
なし		249	40	303
合計		309	53	384
合計		100.0%	100.0%	100.0%

表19.3 入院後の診察への同席

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり		33	4	42
なし		216	49	312
合計		309	53	384
合計		100.0%	100.0%	100.0%

表19.4 入院後の面会

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり		10.7%	7.5%	10.9%
なし		89.3%	92.5%	89.1%
合計		309	53	384
合計		100.0%	100.0%	100.0%

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり		68	17	94
なし		241	36	290
合計		309	53	384
合計		100.0%	100.0%	100.0%

表19.6 指置入院した者の退院または仮退院に当たつての引取義務

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	10 3.2%	1 1.9%	3 13.6%	14 3.6%
なし	259 96.8%	52 98.1%	19 86.4%	370 96.4%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表19.7 医療觀察法対象者に対する保健者としての責務(役割)

	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
あり	21 6.8%	11 20.8%	8 36.4%
なし	288 93.2%	42 79.2%	14 63.6%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%

表20.1 平成23年12月末時点での、第2期障害福祉計画策定

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
策定している	284 91.9%	52 98.1%	22 100.0%	358 93.2%
策定していない	25 8.1%	1 1.9%	0 0%	26 6.8%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表20.2 第2期障害福祉計画を策定において保健所が果した役割(複数回答)

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
委員として策定に関与	102 35.9%	32 61.5%	10 45.5%	144 40.2%
資料や情報の提供	102 35.0%	23 44.2%	10 45.5%	135 37.7%
助言指導	63 22.2%	12 23.1%	4 18.2%	79 22.1%
その他	35 12.3%	2 3.8%	6 27.3%	43 12.0%
無回答	38 13.4%	4 7.7%	0 0%	42 11.7%
合計	284 100.0%	52 100.0%	22 100.0%	358 100.0%

表20.3 第2期障害福祉計画の策定について、保健所の役割の程度

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
とても大きい		8 2.8%	3 5.8%	1 4.5%
やや大きい		40 14.1%	10 19.1%	3 13.6%
どちらともいえない		122 43.0%	25 48.1%	9 10.9%
小さく		52 18.3%	5 9.6%	6 17.6%
とても小さい		55 19.4%	7 13.5%	3 18.2%
無回答		7 2.5%	2 3.8%	0 0%
合計		284 100.0%	52 100.0%	358 100.0%

表21.1 平成23年12月末時点での、自立支援協議会設置

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
設置されている		264 85.4%	51 96.2%	22 100.0%
設置されていない		45 14.6%	2 3.8%	0 0%
合計		309 100.0%	53 100.0%	358 100.0%

表21.2 自立支援協議会設置の準備および設置後の運営で、精神障害に関する知識が果たした役割(複数回答)

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
運営委員で開催		43 16.3%	10 19.6%	6 27.3%
協会委員で開催		128 45.5%	29 56.9%	11 49.9%
その他		74 28.0%	13 25.5%	9 28.5%
無回答		31 11.7%	2 3.9%	0 0%
合計		264 100.0%	51 100.0%	358 100.0%

表21.3 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

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
とても大きい	41 15.5%	12 23.5%	9 40.9%	62 18.4%
やや大きい	52 19.7%	13 25.5%	4 18.2%	69 20.5%
どちらともいえない	113 42.8%	19 37.3%	5 22.7%	137 40.7%
小さい	27 10.2%	2 3.9%	3 13.6%	32 9.5%
とても小さい	25 9.5%	4 7.8%	1 4.5%	30 8.9%
無回答	6 2.3%	1 2.0%	0 .0%	7 2.1%
合計	264 100.0%	51 100.0%	22 100.0%	337 100.0%

表22.1 精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	19 6.1%	11 20.8%	9 40.9%	39 10.2%
年数回程度	180 58.3%	34 64.2%	9 40.9%	223 58.1%
なかつた	95 30.7%	5 9.4%	2 9.1%	102 26.6%
わからない	15 4.9%	3 5.7%	2 9.1%	20 5.2%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表22.2 市町村障害福祉計画の策定

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	2 .6%	1 1.9%	1 4.5%	4 1.0%
年数回程度	124 40.1%	33 62.3%	13 59.1%	170 44.3%
なかつた	164 53.1%	13 24.5%	6 27.3%	183 47.7%
わからない	19 6.1%	6 11.3%	2 9.1%	27 7.0%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表22.3 自立支援協議会

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上				38 12.3%
年数回程度				137 44.7%
なかつた				109 35.3%
わからない				25 8.1%
合計				309 100.0%

表22.4 精神保健福祉相談・訪問指導

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上				67 21.7%
年数回程度				190 61.5%
なかつた				38 12.5%
わからない				14 4.5%
合計				309 100.0%

表22.5 組織育成

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上				24 45.3%
年数回程度				24 45.3%
わからない				7 13.8%
合計				53 100.0%

表23 地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務及び体制についての意見

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	3	1	4	8
年数回程度	189 61.2%	40 75.5%	13 59.1%	242 63.0%
なかった	95 30.7%	9 17.0%	2 9.1%	106 27.6%
わからない	22 7.1%	3 5.7%	3 13.6%	28 7.3%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表22.7 普及警戒

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	16 5.2%	8 15.1%	8 36.4%	32 8.3%
年数回程度	174 56.3%	32 60.4%	7 31.8%	213 55.5%
なかった	105 31.0%	9 17.0%	5 22.7%	119 31.0%
わからない	14 4.5%	4 7.5%	2 9.1%	20 5.2%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表22.8 専例検討会

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	1 .3%	0 .0%	2 9.1%	3 .8%
年数回程度	39 12.6%	10 18.9%	3 13.6%	52 13.5%
なかった	151 48.9%	18 34.0%	11 50.0%	180 46.9%
わからない	118 38.2%	25 47.2%	6 27.3%	149 38.8%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表22.9 教育委員会への支援

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	1 .6%	1 1.9%	1 4.5%	4 1.0%
年数回程度	10 3.2%	2 3.8%	0 0%	12 3.1%
なかった	47 15.2%	8 15.1%	3 13.6%	58 15.1%
わからない	250 80.9%	42 79.2%	18 81.8%	310 80.7%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

表22.10 その他

	10万人未満	10万人以上30万人未満	30万人以上	合計
月1回以上	2 .6%	1 1.9%	1 4.5%	4 1.0%
年数回程度	10 3.2%	2 3.8%	0 0%	12 3.1%
なかった	47 15.2%	8 15.1%	3 13.6%	58 15.1%
わからない	250 80.9%	42 79.2%	18 81.8%	310 80.7%
合計	309 100.0%	53 100.0%	22 100.0%	384 100.0%

- 【10万人未満】
- 管内に精神科医療機関がなく、医療が必要なケースについては保健所の支援が必要である
 - 県、保健所による支援体制の強化
 - 保健所保健師の立ち位置、地域における看護力に疑問を感じるときがある
 - 保健所は地域にもっと足を運んでほしい。制度だけをきれいに仕上げて丸投げされてしまう
 - 警察職員の精神保健についての理解を高める取組が必要
 - 発達障害、高次脳機能障害等、相談内容の多様化に対応した研修が必要
 - 退院促進が進むと、「生活支援員」というような生活全般をサポートできる体制づくりが必要になる
 - 保健所からの専門的な知識と情報を期待する
 - 一市町単独での展開には限界があり、広域的な展開が望まれる
 - 精神保健福祉の課題は低年齢化しており、発達相談、学校教育と連携しつつ、相談主体を整える必要がある
- 【10万人以上30万人未満】
- 精神保健福祉業務として、調査、報告、研修がある場合、担当課が複数なので調整に時間を要する
 - 精神保健業務と福祉業務が分かれているため、障害特性と地域のニーズに合わせた事業のありあわせ等において、密な情報交換と連携が必要である
 - 保健所の精神保健福祉体制の強化が必要
 - 市町村合併によって地域が広くなり、社会資源の把握等が十分できない現状である
 - 処遇困難事例の対応について、県・市の協力体制と研修会が必要である
- 【30万人以上】
- 相談などについて、行政、支援機関と連携を取りやすくするための地域ネットワークの構築
 - 職員のスキルアップをはかるための職員研修、事例検討、スーパーバイジョンなどのシステムづくり
 - 相談支援体制、地域活動のネットワークづくりに携わる職員の意識と力量形成
 - 実践をとした施策提案力の形成
 - (自殺対策、ひきこもり等の個別事業の充実については記載を省略した)

表24.1 精神保健の普及啓発のための一級向けの講演会

	精神科医機医開催	精神障害者支援自立支援	精神障害者家族会員	依存症認知症連携	自殺対策	被害者支援	その他	合計
あり	45	41	39	19	59	11	21	104
あり	47.4%	48.8%	52.8%	60.8%	68.8%	70.0%	38.5%	53.4%
なし	50	43	11	5	9	16	21	230
なし	52.6%	51.2%	22.0%	47.2%	39.2%	3.3%	30.0%	61.5%
合計	95	84	50	36	97	16	30	255
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表24.2 行政や地域の関係機関を対象にした研修

	精神科医機医開催	精神障害者支援自立支援	精神障害者家族会員	依存症認知症連携	自殺対策	被害者支援	その他	合計
あり	54	43	15	12	46	10	6	118
あり	56.8%	51.2%	30.0%	33.3%	47.1%	62.5%	53.3%	23.1%
なし	41	41	35	24	51	6	14	172
なし	43.2%	48.8%	70.0%	66.7%	37.1%	46.7%	76.9%	53.2%
合計	95	84	50	36	97	16	30	255
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表25.1 精神障害者の当事者団体の育成支援

	精神科医機医開催	精神障害者支援自立支援	精神障害者家族会員	依存症認知症連携	自殺対策	被害者支援	その他	合計
日常的に実施されている	12	14	11	3	14	2	6	70
日常的に実施されている	12.6%	16.7%	22.0%	8.3%	14.1%	12.5%	20.0%	14.2%
機会的に実施されている	51	28	14	10	29	5	11	165
機会的に実施されている	53.7%	33.3%	28.0%	27.8%	29.9%	31.1%	36.7%	33.4%
ほどんど実施されてない	12	15	8	7	4	2	0	55
ほどんど実施されてない	12.6%	17.9%	16.0%	11.1%	8.2%	6.3%	0%	11.1%
実施されていない	4	15	4	3	8	0	1	52
実施されていない	4.2%	17.9%	8.0%	8.3%	8.2%	0%	3.3%	10.5%
実施されていない	16	12	13	16	38	8	12	116
合計	95	84	50	36	97	16	30	255
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表25.2 精神障害者家族会の育成支援

	精神科医機医開催	精神障害者支援自立支援	精神障害者家族会員	依存症認知症連携	自殺対策	被害者支援	その他	合計
日常的に実施されている	24	14	19	4	8	2	6	9
日常的に実施されている	25.3%	16.7%	38.0%	11.1%	8.2%	12.5%	20.0%	0%
機会的に実施されている	47	40	19	36	36	25	35	494
機会的に実施されている	49.5%	47.6%	38.0%	26.0%	45.4%	42.3%	64.0%	30.8%
ほどんど実施されてない	9	15	5	4	7	0	0	5
ほどんど実施されてない	9.5%	17.9%	10.0%	11.1%	7.2%	0%	7.7%	9.7%
実施されてない	3	6	4	3	6	1	1	38
実施されてない	3.2%	7.1%	8.0%	5.3%	6.3%	5.3%	26.9%	5.7%
わからぬ	12	9	3	13	47	6	13	16
わからぬ	12.6%	10.7%	6.0%	36.6%	48.5%	37.5%	50.0%	28.7%
合計	95	84	50	36	97	16	30	255
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表25.3 アルコール・薬物依存症の自助グループの育成支援

	精神科医機医開催	精神障害者支援自立支援	精神障害者家族会員	依存症認知症連携	自殺対策	被害者支援	その他	合計
日常的に実施されている	14	8	5	5	5	28	2	9
日常的に実施されている	14.7%	9.5%	10.0%	13.9%	12.5%	30.0%	3.8%	4.0%
機会的に実施されている	36	21	11	40	3.1%	32.1%	3.8%	10
機会的に実施されている	37.9%	32.1%	22.0%	30.6%	41.2%	18.8%	26.6%	30.8%
ほどんど実施されてない	18	10	5	11	2	11	0	52
ほどんど実施されてない	18.9%	11.9%	10.0%	5.6%	11.3%	12.5%	6.7%	3.9%
実施されてない	8	14	3	2	7	0	1	54
実施されてない	8.4%	16.7%	6.0%	5.6%	7.2%	0%	3.3%	8.9%
わからぬ	20	14	9	10	11	9	17	167
わからぬ	20.0%	29.8%	52.0%	44.4%	11.3%	56.3%	33.3%	53.8%
合計	95	84	50	36	97	16	30	255
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表25.4 精神障害者の就職支援のための職親会の育成支援

	精神科医機医開催	精神障害者支援自立支援	精神障害者家族会員	依存症認知症連携	自殺対策	被害者支援	その他	合計
日常的に実施されている	14	8	5	5	28	2	9	79
日常的に実施されている	14.7%	9.5%	10.0%	13.9%	12.5%	30.0%	3.8%	4.0%
機会的に実施されている	36	21	11	40	3.1%	32.1%	3.8%	10
機会的に実施されている	37.9%	32.1%	22.0%	30.6%	41.2%	18.8%	26.6%	30.8%
ほどんど実施されてない	18	10	5	11	2	11	0	52
ほどんど実施されてない	18.9%	11.9%	10.0%	5.6%	11.3%	12.5%	6.7%	3.9%
実施されてない	8	14	3	2	7	0	1	54
実施されてない	8.4%	16.7%	6.0%	5.6%	7.2%	0%	3.3%	8.9%
わからぬ	20	14	9	10	11	9	17	167
わからぬ	20.0%	29.8%	52.0%	44.4%	11.3%	56.3%	33.3%	53.8%
合計	95	84	50	36	97	16	30	255
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表25.5 精神保健プランティア団体の育成支援

	精神科医機医開催	精神障害者支援自立支援	精神障害者家族会員	依存症認知症連携	自殺対策	被害者支援	その他	合計
日常的に実施されている	16	13	9	2	2	1	3	53
日常的に実施されている	16.8%	15.5%	18.0%	5.6%	1.0%	18.8%	16.7%	0%
機会的に実施されている	40	28	14	7	22	1	10	138
機会的に実施されている	42.1%	33.3%	28.0%	19.4%	22.2%	6.3%	33.3%	7.7%
ほどんど実施されてない	12	21	6	7	8	0	4	64
ほどんど実施されてない	12.6%	25.0%	12.0%	19.4%	8.2%	12.5%	0%	11.4%
実施されてない	8	11	7	5	11	0	1	54
実施されてない	8.4%	13.1%	14.0%	13.9%	11.3%	0%	3.3%	5.3%
わからぬ	20	13	11	14	15	55	10	138
わからぬ	20.0%	13.1%	28.0%	41.7%	56.3%	62.3%	46.7%	37.4%
合計	95	84	50	36	97	16	30	255
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表26.1 精神保健福祉相談

	精神科医機関	精神障害者支援自立支援	精神障害者家族会員	ひきこもり	依存症	認知症	自殺対策	日本協会会員	被患者支援	その他の支援	合計
日常的に実施されている	71	63	28	19	37	5	15	4	7	20	269
74.7%	75.0%	56.0%	52.8%	38.1%	31.1%	50.0%	15.4%	28.0%	57.1%	54.5%	
22	14	15	9	29	4	9	2	2	9	115	
23.2%	16.7%	30.0%	25.0%	29.9%	25.0%	30.0%	7.7%	8.0%	25.7%	23.3%	
(ほとんど実施されない)	1	3	2	1	0	0	2	0	1	12	
1.1%	1.2%	6.0%	5.6%	1.0%	6.3%	0%	2.4%	2.4%	1.1%	4.9%	
実施されてない	0	1	0	0	5	0	1	2	0	13	
0%	1.2%	0%	0%	0%	5.2%	0%	3.3%	7.7%	16.0%	2.6%	
(わからぬ)	1	5	4	6	25	6	5	16	12	5	85
1.1%	6.0%	8.0%	16.7%	25.0%	37.5%	16.7%	61.5%	48.0%	14.3%	17.2%	
合計	95	84	50	36	97	16	30	26	25	35	494
100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表26.2 訪問指導

	精神科医機関	精神障害者支援自立支援	精神障害者家族会員	ひきこもり	依存症	認知症	自殺対策	日本協会会員	被患者支援	その他の支援	合計
日常的に実施されている	54	49	15	4	15	5	8	1	6	9	166
56.8%	58.3%	30.0%	11.1%	15.5%	31.3%	26.7%	3.8%	24.0%	25.7%	33.6%	
機会的に実施されている	32	23	19	12	26	13	8	1	0	13	137
(ほとんど実施されない)	33.7%	27.4%	38.0%	35.3%	28.5%	26.8%	3.8%	0%	37.1%	27.7%	
実施されてない	8	1	7	4	5	2	1	0	2	31	
0%	1.2%	14.0%	11.1%	5.2%	12.5%	3.3%	0%	5.7%	6.3%	8.4%	
(わからぬ)	0	2	1	3	11	0	1	2	5	25	25
1%	2.4%	2.0%	8.3%	11.3%	0%	3.3%	7.7%	0%	5.1%	6.0%	
合計	95	84	50	36	97	16	30	26	25	35	494
100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表27.1 精神科医療機関との連携

	精神科医機関	精神障害者支援自立支援	精神障害者家族会員	ひきこもり	依存症	認知症	自殺対策	日本協会会員	被患者支援	その他の支援	合計
日常的に実施されている	51	48	18	18	9	23	1	9	4	7	174
53.7%	57.1%	36.0%	25.5%	23.7%	6.3%	30.0%	15.4%	16.0%	20.0%	35.2%	
機会的に実施されている	38	30	20	13	35	7	8	1	5	16	173
(ほとんど実施されない)	40.0%	40.0%	36.1%	36.1%	43.3%	26.7%	3.8%	20.0%	45.7%	35.0%	
実施されてない	2	1	2	0	0	1	2	1	3	18	
0%	2.1%	2.4%	2.0%	5.2%	4.1%	0%	3.3%	7.7%	4.0%	8.6%	
(わからぬ)	1	0	2	0	5	1	0	1	1	11	
1.1%	0%	4.0%	0%	5.2%	6.3%	0%	3.8%	4.0%	0%	2.2%	
合計	95	84	50	36	97	16	30	26	25	35	494
100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表27.2 自立支援法に基づく施設・サービスとの連携

	精神科医機関	精神障害者支援自立支援	精神障害者家族会員	ひきこもり	依存症	認知症	自殺対策	日本協会会員	被患者支援	その他の支援	合計
日常的に実施されている	47	50	17	10	9	1	1	6	4	2	154
74.5%	59.5%	34.0%	27.8%	9.3%	20.0%	9.3%	6.3%	20.0%	15.4%	8.0%	
機会的に実施されている	39	26	20	8	27	6	7	7	4	2	154
(ほとんど実施されない)	41.1%	31.0%	40.0%	22.3%	27.8%	37.3%	23.3%	15.4%	8.0%	42.9%	
実施されてない	1	3	3	3	7	0	1	2	1	4	
0%	1.1%	2.4%	0%	5.2%	6.3%	0%	3.8%	4.0%	0%	11.4%	
(わからぬ)	1	0	2	0	5	1	0	1	1	4	
1.1%	0%	4.0%	0%	5.2%	6.3%	0%	3.8%	4.0%	0%	11.4%	
合計	95	84	50	36	97	16	30	26	25	35	494
100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表27.3 自立支援協議会の整備促進および運営支援

	精神科医機関	精神障害者支援自立支援	精神障害者家族会員	ひきこもり	依存症	認知症	自殺対策	日本協会会員	被患者支援	その他の支援	合計
日常的に実施されている	47	50	17	10	9	1	1	6	4	2	154
74.5%	59.5%	34.0%	27.8%	9.3%	20.0%	9.3%	6.3%	20.0%	15.4%	8.0%	
機会的に実施されている	39	26	20	8	27	6	7	7	4	2	154
(ほとんど実施されない)	41.1%	31.0%	40.0%	22.3%	27.8%	37.3%	23.3%	15.4%	8.0%	42.9%	
実施されてない	1	3	3	3	7	0	1	2	1	4	
0%	1.1%	2.4%	0%	5.2%	6.3%	0%	3.8%	4.0%	0%	11.4%	
(わからぬ)	1	0	2	0	5	1	0	1	1	4	
1.1%	0%	4.0%	0%	5.2%	6.3%	0%	3.8%	4.0%	0%	11.4%	
合計	95	84	50	36	97	16	30	26	25	35	494
100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表27.4 精神障害者保護法手帳の申請方法の履歴

	精神科医機関	精神障害者支援自立支援	精神障害者家族会員	ひきこもり	依存症	認知症	自殺対策	日本協会会員	被患者支援	その他の支援	合計
日常的に実施されている	22	25	10	4	3	0	6	3	2	5	80
53.7%	57.1%	36.0%	25.5%	23.7%	6.3%	30.0%	11.1%	3.1%	0%	11.5%	
機会的に実施されている	45	32	19	10	25	4	8	4	2	11	163
(ほとんど実施されない)	50.5%	38.1%	35.0%	27.8%	25.8%	25.0%	15.4%	8.0%	3.1%	33.0%	
実施されてない	1	1	2	0	2	0	1	1	1	4	
0%	1.1%	2.4%	0%	5.2%	6.3%	0%	3.8%	4.0%	0%	11.4%	
(わからぬ)	1	1	8	8	18	60	13	19	16	17	189
1.1%	10.7%	16.0%	36.1%	37.7%	40.0%	8.0%	31.4%	6.1%	6.1%	54.3%	
合計	95	84	50	36	97	16	30	26	25	35	494
100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表27.5 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

1281 保健所との連携調整の頼み

卷之三

表29 地域の保健所または市町村の精神保健福祉業務及び体制についての意見

(一部參照約)了揚載)

【精神科医療機関】

- 地域精神保健における救急、相談業務などに365日24時間対応できるシステムづくりを保健所が中心になって進めてほしい

【介護者自立支援】

利用者の選択肢は広がったと思うが、各支援機関に、それぞれの立場、それぞれのルールをもとに支援を考える傾向が見られるため、純粋的な支援になってしまい、結果、本人の生活をぶつ切りで支援することになり、支援と支援のすき間を埋めることができず、本人が困ってしまう例が多く見られる。連携の取りやすい環境を積極的に作る必要がある

福祉サービスの有無を問わず、訪問やケア会議など連携していくことが利用者の生活をサポートしていく上で、行政側の支援と施設側の支援が連携していくことの重要性を感じている。

ケア会議を開き、両者の意見・知恵を共有できる機会を多く設けられるように配慮してほしい、困難ケース、医療的な支援が必要なケース、緊急対応等での連携を望む

【介護障害者家族会】

保健所と家族のつながりは年々薄れている。家族の支援に取り組む、当事者の訪問をもつと積極的にする等、活動を広めてほしい、

以前は、保健所において、家族教室、当事者のグループ活動が定期的に開催されていたが、

精神者家族會章

- 市町村に役割が多い、格差が生じている。

地域に根ざした定期的な働きかけ、家族会との連携を視野に入れてほしい、

危機介入以外の日常の相談・訪問等に対応できるように、業務・配置・職員の養成を充実してほしい)。当事者だけでなく、孤立し苦しまる家族への支援に、また、親亡き後の支援に取り組んでほしい。

【ひきこもり】

ひきこもりを理解し、地域で対応できる人を増やすための、講習会や啓発の機会をつくってほしい。

中学卒業(16歳)から支援者が届きにくくなる。ひきこもりは16歳以上という認識が必要である。

- ひきこもっていて、精神保健福祉相談の場に出てこられない方にに対して、訪問指導を充実してほしい
- 【自殺対策】**
- ・ 自殺した本人は、さまざまな困難をかかえた後に死を選んでいます。事前に相談、医療機関につなげる取組や、地域で支える人々の強化を望む
- ・ 若齢をかかえた人にとっては、行政が最後の唯一の頼りの場合が多くあるので、優しく、温かな心で接していただきたい。自殺に対する基本姿勢について、「防ぐ・治す」から「苦悩を和らげる」という開拓の方に、ぜひとも転換していただきたい
- ・ 未遂者支援と遺族支援を充実させる必要がある
- ・ いのちの電話は24時間365日受信しているが、近年、精神疾患をかかえた方からの相談が増えている。公的機関の相談窓口(電話も含めて)は、昼間で終わるものが多いが、夜間休日の対応可能な窓口をもう少し増やしてほしい
- ・ 精神保健福祉相談や訪問指導の一層の強化充実が必要
- ・ 保健所の狙う役割について、地域住民、産業保健に携わる方々に周知してほしい
- ・ 保健所の協議会支部
- ・ 東日本大震災では、たくさんの方が薬の入手方法や、病院の情報がわからず困っており、地域での支援体制が出来ていないことを痛感した。行政や保健所の担当者に、精神障害としての「てんかん」がまだあまり認知されておらず、患者側が調べて辿り着かなければ、受けられるサービスを知らないままになることが多い保健所及び市町村との連携は緊密とは言いがたい、ので改善を期待したい
- ・ 当事者団体(家族会)の活動を一般に周知されるよう支援してほしい
- ・ 偏見の打破と本腰を入れたとり組みで若いお母さんから学年期の子供、成人、高齢者、家族への支援と医療福祉の連携に大きな役割を担って頂きたい
- ・ 一般の方より相談電話が大変多く、その中には回答に困ることもある。相談を受ける団体からのお相談を聞いてほしい
- ・ 「てんかん」としての取り組みが見えないため、団体(当事者家族会)としては、行政でどんなことが行われているかわからぬ。もう少し具体的な取り組みを期待したい
- ・ **【依存症闘争】**
- ・ 保健所は広報に相談を紹介するだけで、どのような取り組みをしているのか、具体的にわからぬ。アルコール問題と同じように薬物問題について取り組んでほしい
- ・ 保健センターと生活保護課の連携があるといい
- ・ 依存症相談窓口の拡充、当事者の声を反映させるための連携強化、保健福祉の関係機関と回復当事者でペアになつた相談等、新しい発想を入れてほしい
- ・ 世の中にギャンブル依存の問題があることをもっと多くの方に知つてほしい
- ・ 自助グループを社会資源として活用してほしい
- ・ アルコール依存の問題は本人だけではなく、その周囲の家族の苦しみは大変大きく、援助を

- 必要としている。保健所等に助けを求めた家族には自助グループを紹介してほしい
- ・ アルコール問題対応のための市町村、保健所等とのネットワークづくりがまだ機能していない
- ・ 医療・行政・自助グループの定期的な会議をもち、アルコール、ギャンブル、アディクションに関する問題を話したい(特に自殺問題、飲酒運転)
- ・ アディクションについての知識を身につけ、地域のアディクション情報を専門医療機関や自助グループにつないでほしい
- ・ **【被害者支援】**
- ・ 家から出ることのできない被害者、被害者遺族の声は相談窓口に届かないことが多い、タイミングを見ての訪問活動が意味を持つと思います。市町村レベルでの支援体制が出来ていく中で訪問支援を積極的に行つてほしいと考える
- ・ 犯罪被害者、自発遺族を含め、大切な人を亡くしたグリーフサポートの必要さを感じます。広い意味でのグリーフサポート体制が充実していくことは、地域の精神保健福祉の底上げにつながる
- ・ 犯罪被害者の多様なニーズに応えるためには、多くの期間や専門家との協力、連携が重要な課題となっている。地域の保健所等との連携が出来る体制づくりが必要と思う
- ・ 犯罪被害にあうと、多くの人が心に傷を受けPTSDやうつ病等になり、また、風評被害や周りの心ないことばに傷ついて孤立して、日常生活に大きな支障をうけることが多い。このような被害者の精神的、日常生活の回復をサポートするために地域の保健所や関係機関が個人や家族への支援(訪問活動など)活動の充実を望む。
- ・ DV被害者対応をガイドライン(業務要綱)に入れてほしい
- ・ **【認知症】**
- ・ 介護保険制度導入前は保健所が本人、家族を最前線で地域訪問を含め精力的に支援していましたが、導入後は認知症状の対応や支援についての適切な専門的アドバイス機能が後退している。支援情報を持ち合わせないでSOSを発している当事者・家族への速やかな対応方法、要検討と他機関とのネットワーク充実が必要だと思う
- ・ 若有期認知症についての対応がどこでも取り扱う部署がないので大変困っている
- ・ **【その他】**
- ・ 行政の精神保健福祉士がもつと施策づくりに開拓し、俯瞰的な立場で、ネットワークを広げるための地域の推進役となることを期待する
- ・ ホームレス訪問時に同行をお願いしたい
- ・ 本人が申請を拒否したり、治療を拒否したりする場合にどう扱うのか、当事者団体をただの集まりとしかみていない。もとど当事者の声を聞いてほしい
- ・ 高次脳機能障害について県とのつながりはある、市町村とはほとんどない。保健所の職員も異動となるたびに何度も同じような説明をしなくてはいけない。自立支援のため、利用する支援や方法などを詳しく伝えてほしい

A. 貴保健所または保健福祉事務所の概要についてお聞きます。	
1. 所属する都道府県・指定都市名をお書きください。 （ ）	
2. 所名をお書きください。 （ ）	
3. 貴所では、精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課はどのようになっていますか。 （ ）	
4. 常勤職員数をお書きください。 （ ）	
5. 精神保健福祉業務を担当している職員数をお書きください。また主たる業務が精神保健福祉（担当業務の概ね3/4以上）である職員数を内数でお書きください。	
6. 精神科嘱託医（保健所の非常勤職員となっている精神科医）の人数をお書きください。 （ ）人	
B. 精神保健福祉業務についてお聞きします。特に注意が無い場合は、平成23年度中の業務及び状況 〔平成23年度中の実施込み含む〕についてお答えください。	
1. 精神保健福祉の状況に係る現状把握及び情報提供についてお聞きします。貴保健所では、作成者に問わらず、下記の資料を保有していますか。それぞれ該当するものを一つ選んで〇をつけてください。	
1) 管内住民の精神健康に関する調査結果	
2) 管内の精神科病院のリスト	
3) 管内の精神神経科診療所のリスト	
4) 管内の自立支援医療（精神通院医療）の利用者の実数	
5) 精神障害者保健福祉手帳の所持者数	
6) 管内の自立支援法の障害福祉サービスの施設リスト	
7) 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	
8) その他、保有している重要な資料があればお書きください。	
2. 普及啓発の取組についてお聞きします。それぞれ該当するものを選んで〇をつけてください(複数回答可)。	
1) 保健所として主催しているものがある(具体的にお書きください)。	
1) 地域住民の心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みについて	
2) 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することを要件とします)。	
3. いずれもなし	
1) 保健所として主催しているものがある(具体的にお書きください)。	
2) 家族や障害者本人に対する教室について	
2. 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することを要件とします)。	
3. いずれもなし	

平成24年1月13日

日本精神保健福祉連盟
会長 保嶺 真一

各位

保健所における精神保健福祉業務に関する調査について
(協力依頼)

前略

公益社団法人日本精神保健福祉連盟におきましては、厚生労省平成23年度障害者総合福祉推進事業をもとに、「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」に関する調査研究を行っております。

本調査は、地域精神保健福祉活動における保健所・市区町村等の機能強化に向けた調査を行うため、保健所等の地域精神保健福祉活動の現状を踏まえ、手

本調査においては、吉川武彦（清泉女学院大学学長）を座長とする検討委員会を組織し、「保健所等の地域精神保健福祉活動の現状の業務に資する手引書き書を作成すること、改訂すべき箇所と内容を明らかにすることを目的とします。」との改訂に向けて、改訂すべき箇所と内容を明らかにすることを目的とします。

を行い、保健所・市役所等の機能強化のための基礎資料としておりま
す。

本研究の趣旨をご理解いただき、質問紙調査にご協力いただきますよう、何卒よろしくお願いいたします。

同封の調査票にご記入いただき、封入の上、平成24年1月27日（金曜）に着
の保健所すべてです。

で下記あてお送りください。ご多忙のところ恐れ入りますが、ごろしくお願いいたします。

11

3. 研修事業についてお聞きします。それぞれ該当するものを一つ選んで○をつけてください(複数回答可)。	<table border="0"> <tr> <td>1. 保健所として主催しているものがある(具体的にお書きください)。</td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td>2. 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を要件とします)。</td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td>3. いずれもなし</td><td colspan="3"></td></tr> </table>				1. 保健所として主催しているものがある(具体的にお書きください)。				2. 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を要件とします)。				3. いずれもなし			
1. 保健所として主催しているものがある(具体的にお書きください)。																
2. 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を要件とします)。																
3. いずれもなし																
1) 市区町村職員を対象とした研修について																
2) 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																
4) 組織育成のための助言指導についてお聞きします。それぞれ該当するものを一つ選んで○をつけてください。																

2) 精神保健福祉相談の実施状況についてお聞きします。それぞれ該当するものを一つ選んで○をつけてください。	<table border="0"> <tr> <td>定期的に実施(週・月の選択と回数をご記入ください)</td><td>随時実施</td><td>実施していない</td></tr> <tr> <td>1 週・月 ()回</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>1 週・月 ()回</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table>			定期的に実施(週・月の選択と回数をご記入ください)	随時実施	実施していない	1 週・月 ()回	2	3	1 週・月 ()回	2	3
定期的に実施(週・月の選択と回数をご記入ください)	随時実施	実施していない										
1 週・月 ()回	2	3										
1 週・月 ()回	2	3										
1) 保健所職員による面接相談												
2) 精神科専門医による面接相談												
3) 各相談の定期的な専門相談日の有無についてお聞きします。それぞれ該当するものを一つ選んで○をつけてください。												
(1)アルコール問題についての専門相談日	1. あり	2. なし										
(2)思春期精神保健についての専門相談日	1. あり	2. なし										
(3)ひきこもりについての専門相談日	1. あり	2. なし										
(4)認知症についての専門相談日	1. あり	2. なし										
(5)薬物乱用・依存についての専門相談日	1. あり	2. なし										
(6)社会復帰についての専門相談日	1. あり	2. なし										
(7)その他の専門相談日(ありの場合は具体的に) 1. あり() 2. なし												

6. 訪問指導の実施状況についてお聞きします。	<table border="0"> <tr> <td>1) 平成22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べ件数を転記してください。</td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td>2) 訪問指導の実施状況についてお聞きします。それぞれ該当するものを一つ選んで○をつけてください。</td><td colspan="3"></td></tr> </table>				1) 平成22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べ件数を転記してください。				2) 訪問指導の実施状況についてお聞きします。それぞれ該当するものを一つ選んで○をつけてください。			
1) 平成22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べ件数を転記してください。												
2) 訪問指導の実施状況についてお聞きします。それぞれ該当するものを一つ選んで○をつけてください。												
1) 保健所職員による訪問指導	<table border="0"> <tr> <td>担当職員へ当たり毎日もしくはそれ以上上の訪問指導を行っている</td> <td>左記よりも少ない頻度で実施</td> <td>左記よりも多い頻度で実施</td> <td>ほとんど実施していない</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>			担当職員へ当たり毎日もしくはそれ以上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	左記よりも多い頻度で実施	ほとんど実施していない	1	2	3	4	
担当職員へ当たり毎日もしくはそれ以上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	左記よりも多い頻度で実施	ほとんど実施していない									
1	2	3	4									
2) 精神科専門医による訪問指導	<table border="0"> <tr> <td>1</td><td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>			1	2	3	4					
1	2	3	4									
3) その他の非常勤職員による訪問指導	<table border="0"> <tr> <td>1</td><td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>			1	2	3	4					
1	2	3	4									
7. 社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況についてお聞きします。それぞれ該当するものを一つ選んで○をつけてください。2)から4)で「あり」の場合、具体的にご記入ください。	<table border="0"> <tr> <td>1. 週1回以上実施</td> <td>2. 左記よりも少ない頻度で実施</td> <td>3. 実施していない</td> </tr> <tr> <td colspan="3">* 週1回以上実施している場合、具体的にご記入ください。</td> </tr> </table>			1. 週1回以上実施	2. 左記よりも少ない頻度で実施	3. 実施していない	* 週1回以上実施している場合、具体的にご記入ください。					
1. 週1回以上実施	2. 左記よりも少ない頻度で実施	3. 実施していない										
* 週1回以上実施している場合、具体的にご記入ください。												
1) 精神保健のグループワーク	<table border="0"> <tr> <td>1. あり</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			1. あり								
1. あり												
2) 自立支援法開発施設・サービスへの指導監督	<table border="0"> <tr> <td>1. あり</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			1. あり								
1. あり												
3) 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	<table border="0"> <tr> <td>1. あり</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			1. あり								
1. あり												
4) 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	<table border="0"> <tr> <td>1. あり</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			1. あり								
1. あり												

8. 入院および通院医療関係事務についてお聞きします。
- 1) 貴保健所における措置入院実績(平成23年4月1日～9月30日までの6ヶ月間)をお答えください(保健所職員が直接対応した実績がない場合はどお書きください)。

9. 市区町村への協力および連携についてお聞きします。

- 下記の表に管内各区市町村の名前を記載し、精神保健福祉に関する実績をもとに、それぞれの分類に基づいてお答えください。

	申請・通报等の件数	申請・通报等のうち措置入院への立会件数(第27条)	うち措置入院(第29条)の件数	うち緊急措置监察への立会件数
第23条(一般申請)	件	件	件	件
第24条(警察官通報)	件	件	件	件
第25条(検察官通報)	件	件	件	件
第25条の2(保護觀察所の長の通報)	件	件	件	件
第26条(矯正施設長の通報)	件	件	件	件
第26条の2(精神科病院管理者の通報)	件	件	件	件
第26条の3(医療觀察法の地域処遇にかかる通報)	件	件	件	件
第27条2項(第23条～第26条以外による診察)	件	件	件	件

2) 貴保健所における医療保護入院の実績(平成23年4月1日～9月30日までの6ヶ月間)をお答えください。(保健所職員が直接対応した実績がない場合はどお書きください)。

医療保護入院の入院届	件	医療保護入院の退院届	件
医療保護入院の定期病状報告	件	措置入院の定期病状報告	件
急性入院届の受理	件	事前調査の件数	移送への立会件数
措置入院のための移送	件	医療保護入院および応急入院のための移送	移送への立会件数

3) 貴保健所における医療保護入院の実績(平成23年4月1日～9月30日までの6ヶ月間)をお答えください。(保健所職員が直接対応した実績がない場合はどお書きください)。

医療保護入院の定期病状報告	件	措置入院の定期病状報告	件
措置入院のための移送	件	医療保護入院および応急入院のための移送	移送への立会件数
医療保護入院のための移送	件	医療保護入院のための移送	移送への立会件数
医療保護入院のための移送	件	医療保護入院のための移送	移送への立会件数

4) 貴保健所における精神保健福祉法第34条(医療保護入院等のための移送)の実績(平成23年4月1日～9月30日までの6ヶ月間)をお答えください。(保健所職員が直接対応した実績がない場合はどお書きください)。

精神保健福祉法に基づく実地指導	件	精神保健福祉法に基づく実施審査	件
精神保健福祉法に基づく実地指導	件	精神保健福祉法に基づく実施審査	件
精神保健福祉法に基づく実地指導	件	精神保健福祉法に基づく実施審査	件

5) 貴保健所における、医療觀察法の地域処遇にかかるケア会議等への職員参加の実績(4月1日～9月30日までの6ヶ月間)をお答えください。(保健所職員が直接対応した実績がない場合はどお書きください)。

()	件
6) 貴保健所における自立支援医療(精神通院医療)の受理件数(4月1日～9月30日までの6ヶ月間)をお答えください(把握していない場合は「不明」とお書きください)。	()件
7) 貴保健所では、都道府県知事、指定都市市長の行う精神科病院実地指導・実地審査を実施または参画していますか。	()件

8) 貴保健所における自立支援医療(精神通院医療)の受理件数(4月1日～9月30日までの6ヶ月間)をお答えください(把握していない場合は「不明」とお書きください)。

精神保健福祉法に基づく実地指導	件	精神保健福祉法に基づく実施審査	件
精神保健福祉法に基づく実地指導	件	精神保健福祉法に基づく実施審査	件
精神保健福祉法に基づく実地指導	件	精神保健福祉法に基づく実施審査	件

9. 市区町村への協力および連携についてお聞きします。
- 下記の表に管内各区市町村の名前を記載し、精神保健福祉に関する実績をもとに、それぞれの分類に基づいてお答えください。

市町村名	連絡調整の頻度(一つ選択)		主たる領域・対象について 接触があつた場合、主たる内容および領域・対象について 下記の項目から、最も頻度の大きいものを○をつけてお答えください。 選んで○をつけください。
	月1回以上	年数回程度	
ア. 精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討	ア. イ	ウ. カ	ウ. カ
イ. 市町村障害福祉計画の策定	イ. オ	ク. サ()	ク. サ()
オ. 組織育成(患者会・家族会・断酒会・ボンティア等)	オ. キ	ク. サ()	ク. サ()
カ. 職員の研修	カ. キ	ク. サ()	ク. サ()
キ. 事例検討会	キ. キ	ク. サ()	ク. サ()
コ. 対応困難事例	コ. キ	ク. サ()	ク. サ()
サ. 教育委員会への支援	サ. キ	ク. サ()	ク. サ()
タ. その他(具体的に)	タ. キ	ク. サ()	ク. サ()

主たる領域・対象について 接觸があつた場合、主たる内容について 下記の項目から、最も頻度の大きいものを○をつけてください。 選んで○をつけください。	ア. 精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討	イ. 市町村障害福祉計画の策定	ウ. 自立支援協議会
ア. 精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討	ア. イ	ウ. カ	ウ. カ
イ. 市町村障害福祉計画の策定	イ. オ	ク. サ()	ク. サ()
オ. 組織育成(患者会・家族会・断酒会・ボンティア等)	オ. キ	ク. サ()	ク. サ()
カ. 職員の研修	カ. キ	ク. サ()	ク. サ()
キ. 事例検討会	キ. キ	ク. サ()	ク. サ()
コ. 対応困難事例	コ. キ	ク. サ()	ク. サ()
サ. 教育委員会への支援	サ. キ	ク. サ()	ク. サ()
タ. その他(具体的に)	タ. キ	ク. サ()	ク. サ()

C. 地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方にについてご意見があり方にお書きください。

D. 精神保健福祉センターの業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方にについてご意見がありましたら、自由にお書きください。

差し支えなければ、回答していただいた方の連絡先をお書きください。

回答者

所属部署

ご連絡先

質問は以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。

A. 貴市町村の概要についてお聞きします。

1. 所属する都道府県・指定都市名をお書きください。)
2. 市町村名をお書きください。)
3. 貴市町村では精神保健福祉法と障害者自立支援法の担当課はどのようになっていますか。)

1. 同じである 2. 同じではない(具体的に)

4. 精神保健福祉業務を担当している職員数をお書きください。また主たる業務が精神保健福祉法(担当業務の概ね3/4以上)である職員数をお書きください。)

職種	医師 (精神保健福祉担当)	保健師・看護師 (精神保健福祉担当)	精神保健福祉士 (精神保健福祉担当)	臨床心理技術者 (精神保健福祉担当)	事務職員 (精神保健福祉担当)	上記以外 (精神科嘱託医数)
常勤	()	()	()	()	()	()
非常勤	()	()	()	()	()	()

5. 精神科嘱託医数をお書きください。)人

- B. 精神保健福祉業務についてお聞きします。特に注意が無い場合は、平成23年度中の業務及び状況(平成23年度中の実施見込み含む)についてお答えください。)

1. 精神保健福祉の状況に係る現状把握及び情報提供についてお聞きします。貴市町村では、作成者に関わらず、下記の資料を保有していますか。それぞれ該当するものを一つ選んで〇をつけてください。

- 1) 管内住民の精神健康に関する調査結果
- 2) 管内の精神科病院のリスト
- 3) 管内の精神科診療所のリスト
- 4) 管内の自立支援医療・精神通院医療の利用者の実数
- 5) 精神障害者保健福祉手帳の所持者数
- 6) 管内の自立支援法の障害福祉サービスの施設リスト
- 7) 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
- 8) その他、保有している重要な資料があればお書きください。)

2. 普及啓発の取組についてお聞きします。それぞれ該当するものを選んで〇をつけてください(複数回答可)。

1. 市町村として主催しているものがある(具体的にお書きください)。

- 1) 地域住民の心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)
2. 他の機関等が実施するものに協力しているものがある(具体的にお書きください)。

3. いずれもなし)

1. 市町村として主催しているものがある(具体的にお書きください)。
2. 他の機関等が実施するものに協力しているものがある(具体的にお書きください)。

3. いずれもなし)

平成24年1月13日

社団法人日本精神保健福祉連盟
会長 保崎 秀夫

各位

市区町村における精神保健福祉業務に関する調査について
(協力依頼)

前略

公益社団法人日本精神保健福祉連盟におきましては、厚生労働省平成23年度障害者総合福祉推進事業をともに、「地域精神保健福祉活動における保健所・市区町村等の機能強化化ガイドラインの作成」に関する調査研究を行うことになりました。

本調査は、地域精神保健福祉活動における保健所・市区町村等の機能強化化ガイドラインの改訂に向けて、改訂すべき箇所と内容を明らかにすることを目的とするものです。本調査においては、保健所及び市町村における精神保健福祉連盟常務理事/全国精神保健福祉連絡協議会会長)を座長とする検討委員会を組織し、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の内容に準拠した質問紙調査等を行い、保健所・市区町村等の機能強化化のための基礎資料となることとしております。

本研究の趣旨をご理解いただき、質問紙調査にご協力いただきますよう、何卒よろしくお願いいたします。

なお、本調査は、全国保健所長会、全国精神保健福祉センター長会の協力を得て実施しております。また、本研究において質問紙調査の対象としているのは、全国の市区町村の2分の1です。

同封の調査票にご記入いただき、封入の上、平成24年1月27日(金曜)必着で下記でお送りください。ご多忙のところ恐れりますが、ご協力のほど何卒よろしくお願いいたします。

なお、調査結果は報告書にまとめて報告させていただきます。

問い合わせ・連絡先

〒187-8553 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
精神保健計画研究部内
全国精神保健福祉連絡協議会副会長 竹島 正
tel 042-341-2712 (内線) 6209 fax 042-346-1950
E-mail : info@renraku-k.jp

3. 組織育成のための助言指導についてお聞きます。それぞれ該当するものを一つ選んで〇をつけてください。

平均して週1回以上のおける精神障害者の当事者団体の育成支援	平均して月1回以上の機会がある	年数回程度	ない
1)当該地域における精神障害者家族会の育成支援	1	2	3
2)当該地域における精神障害者家族会の育成支援	1	2	3
3)当該地域におけるアルコール・薬物依存症関連の自助グループ(断酒会・DARC等)の育成支援	1	2	3
4)当該地域における精神障害者就労支援のための職親会の育成支援	1	2	3
5)当該地域における精神保健ボランティア団体の育成支援	1	2	3
6)1)から5)に挙げた以外に、平均して週1回以上、または月1回以上の育成支援を行っている組織団体はありますか。ありの場合は具体的にご記入ください。	1. あり	2. なし	

4. 精神保健福祉相談の実施状況についてお聞きします。

- 1) 平成22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してください。

（件）

- (2)精神保健福祉相談の実施状況についてお聞きします。それぞれ該当するものを一つ選んで〇をつけてください。

定期的に実施する時 実施

（週・月の送水回数を記入ください）

「公叫佢職員（ひふひん）面交質訟

卷之三

2.なし
1.あり

(2) 田舎地盤の基礎についての車両抵抗

THE JOURNAL OF CLIMATE

卷之三

（4）認知症についての車両検査日 1.あり 2.なし

卷之三

(6)社会復帰についての専門相談
1.あり
2.なし

(7) その他の事務相談日(あるいは場合に具体的に) 1 月 1 日

THE JOURNAL OF CLIMATE

訪問指導の審査基準についてお聞きします。

卷之三

2) 訪問指導の実施状況についてお聞きします。それぞれ該当するものを一つ選んで○をつけてください。

担当職員1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	左記よりも多い 頻度で実施	実施していない	実施していない																								
1) 市区町村職員による訪問指導	1	2	3	4																								
2) 精神科嘱託医による訪問指導	1	2	3	4																								
3) その他の非常勤職員による訪問指導	1	2	3	4																								
6. 社会復帰および自立と社会参加への支援の実施状況についてお聞きします。それぞれ該当するものを一つ選んで○をつけてください。2)から4)で「あり」の場合、具体的にご記入ください。																												
<p>1. 週1回以上実施 2. 左記よりも少ない頻度で実施 3. 実施していない</p> <p>* 週1回以上実施している場合、具体的にご記入ください。</p> <p>1) グループワーク</p> <p>2) 自立支援法関連の事業者への支援・助言等</p> <p>3) 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</p> <p>4) 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</p>																												
<p>7. 入院および通院医療関係事務についてお聞きします。</p> <p>1) 貴市町村における自立支援医療(精神通院医療)の平成22年度末における受給者数をお答えください。 ()件</p> <p>2) 市区町村長が保護者として関与した事例についてお聞きします。平成23年4月1日から12月31日の間で、下記の業務は ありましたか。該当するもの一つを選びて○をつけてください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>事例の有無</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1) 精神科病院に入院させる場合の同意(精神保健福祉法第33条)</td> <td>1. あり</td> <td>2. なし</td> </tr> <tr> <td>(2) 入院中の診察への同席</td> <td>1. あり</td> <td>2. なし</td> </tr> <tr> <td>(3) 入院後の診察への同席</td> <td>1. あり</td> <td>2. なし</td> </tr> <tr> <td>(4) 入院後の面会</td> <td>1. あり</td> <td>2. なし</td> </tr> <tr> <td>(5) 財産上の権利を保護する精神保健福祉法第22条)</td> <td>1. あり</td> <td>2. なし</td> </tr> <tr> <td>(6) 指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(精神保健福祉法第41条)</td> <td>1. あり</td> <td>2. なし</td> </tr> <tr> <td>(7) 医療観察法対象者に対する保護者としての責務(役割)(医療観察法第2条)</td> <td>1. あり</td> <td>2. なし</td> </tr> </tbody> </table>							事例の有無	(1) 精神科病院に入院させる場合の同意(精神保健福祉法第33条)	1. あり	2. なし	(2) 入院中の診察への同席	1. あり	2. なし	(3) 入院後の診察への同席	1. あり	2. なし	(4) 入院後の面会	1. あり	2. なし	(5) 財産上の権利を保護する精神保健福祉法第22条)	1. あり	2. なし	(6) 指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(精神保健福祉法第41条)	1. あり	2. なし	(7) 医療観察法対象者に対する保護者としての責務(役割)(医療観察法第2条)	1. あり	2. なし
事例の有無																												
(1) 精神科病院に入院させる場合の同意(精神保健福祉法第33条)	1. あり	2. なし																										
(2) 入院中の診察への同席	1. あり	2. なし																										
(3) 入院後の診察への同席	1. あり	2. なし																										
(4) 入院後の面会	1. あり	2. なし																										
(5) 財産上の権利を保護する精神保健福祉法第22条)	1. あり	2. なし																										
(6) 指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(精神保健福祉法第41条)	1. あり	2. なし																										
(7) 医療観察法対象者に対する保護者としての責務(役割)(医療観察法第2条)	1. あり	2. なし																										

C. 障害福祉計画と障害者自立支援法への取組についてお聞きします。

1. 貴市区町村の障害福祉計画についてお聞きします。それぞれ該当するものを選んで○をつけてください。

(1) 貴市区町村では、平成23年12月末時点で、自立支援協議会は設置されていますか。
 1. 設置されている 2. 設置されていません

(2) 自立支援協議会設置の準備および設置後の運営についてお聞きします。精神障害に関することについて、保健所はどういうな役割を果たしましたか(複数回答可)。

1. 運営委員(事務局的な役割)で関与
 2. 協会委員で関与
 3. その他(具体的にご記入ください)

(3) 精神障害者の地域生活移行(目標値の設定と業務の推進等に関する分野)における保健所の役割はどの程度ですか。

1. とても大きい 2. やや大きい 3. どちらともいえない 4. 小さい 5. とても小さい

D. 貴市区町村を管轄する保健所との精神保健福祉業務にかかる連携についてお聞きします。保健所との業務上の連絡調整の頻度はどの程度ですか。各領域について、平成23年4月1日から12月末までの実績をもとにあってはまるところに○をつけてください(なお特別区、政令市、中核市においては、保健所業務と市区町村業務との関係においてお答えください)。

領域	月1回以上	年数回程度	なかった	わからない
(1) 精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討	1	2	3	4
(2) 市町村障害福祉計画の策定	1	2	3	4
(3) 自立支援協議会	1	2	3	4
(4) 精神保健福祉相談、訪問指導(緊急対応を含む)	1	2	3	4
(5) 組織育成(患者会・家族会・断酒会・ボランティア等)	1	2	3	4
(6) 職員の研修	1	2	3	4
(7) 普及啓発	1	2	3	4
(8) 事例検討会	1	2	3	4
(9) 教育委員会への支援	1	2	3	4
(10) その他(具体的に)	1	2	3	4

C. 障害福祉計画と障害者自立支援法への取組についてお聞きします。

1. 貴市区町村の障害福祉計画についてお聞きします。それぞれ該当するものを選んで○をつけてください。

(1) 貴市区町村では、平成23年12月末時点で、第2期障害福祉計画を策定していますか。
 1. 策定している 2. 策定していない

(2) 第2期障害福祉計画の策定について、保健所はどのような役割を果たしましたか(複数回答可)。

1. 委員として策定に関与
 2. 資料や情報の提供
 3. 助言指導
 4. その他(具体的にご記入ください)

(3) 第2期障害福祉計画の策定について、全体として保健所の役割はどの程度でしたか。

1. とても大きい 2. やや大きい 3. どちらともいえない 4. 小さい 5. とても小さい

2. 障害者自立支援法への取組についてお聞きします。

1) 次の事業のうち、貴市区町村管内に拠点のあるものと、市区町村が直接運営しているものの箇所数をお答えください。
 また、そのうち主たる利用者が精神障害者であるものが何件あります。
 「0」とお書きください(精神主体については把握している範囲で結構です)。

事業の種類	拠点あり(a)	う直接運営(b)
(1) 指定障害者支援施設	(精神主体)箇所	(精神主体)箇所
(2) ダブルホームまたはケアホーム	(精神主体)箇所	(精神主体)箇所
(3) 宿泊型自立訓練事業所	(精神主体)箇所	(精神主体)箇所
(4) 生活介護事業所	(精神主体)箇所	(精神主体)箇所
(5) 自立訓練(生活訓練)事業所	(精神主体)箇所	(精神主体)箇所
(6) 就労移行支援事業所	(精神主体)箇所	(精神主体)箇所
(7) 就労継続支援A型事業所	(精神主体)箇所	(精神主体)箇所
(8) 就労継続支援B型事業所	(精神主体)箇所	(精神主体)箇所
(9) 地域活動支援センター	(精神主体)箇所	(精神主体)箇所
(10) (1)～(9)以外の障害者相談支援事業	(精神主体)箇所	(精神主体)箇所

E. 地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方にについてご意見がありましたら自由にお書きください。

差し支えなければ、回答していただいた方の連絡先をお書きください。

回答者 _____

所属部署 _____

ご連絡先 _____

質問は以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。

A. 貴施設・団体の概要についてお聞きします。																																															
1. 所属する都道府県・指定都市名をお書きください。	()																																														
2. 貴施設・団体名をお書きください。	()																																														
<p>B. 貴施設・団体と保健所または市区町村との連携についてお聞きします。</p> <p>1. 平成23年度において、地域の保健所または市区町村と、貴組織が協力して行った、または行う予定の普及啓発や研修の取組はありますか。「あり」の場合には、行事名・対象(例:地区住民・規模・内容など具体的にご記入ください。)</p>																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="text-align: center; width: 10%;">行事名</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">対象</th> <th rowspan="2" style="text-align: center; width: 10%;">内容</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">規格</th> <th style="text-align: center;">内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">1)精神保健の普及啓発のための一般向けの講演会</td> <td style="text-align: center;">行事名</td> <td style="text-align: center;">規格</td> <td style="text-align: center;">対象</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1.あり</td> <td style="text-align: center;">規格</td> <td style="text-align: center;">内 容</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">2)行政や地域の関係機関を対象にした研修会</td> <td style="text-align: center;">行事名</td> <td style="text-align: center;">規格</td> <td style="text-align: center;">対象</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1.あり</td> <td style="text-align: center;">規格</td> <td style="text-align: center;">内 容</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">3)精神障害者の当事者団体の育成支援</td> <td style="text-align: center;">行事名</td> <td style="text-align: center;">規格</td> <td style="text-align: center;">対象</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">常時実施</td> <td style="text-align: center;">(ほとんど実施されてない)</td> <td style="text-align: center;">実施されていない</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">4)精神障害者家族会の育成支援</td> <td style="text-align: center;">行事名</td> <td style="text-align: center;">規格</td> <td style="text-align: center;">対象</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">常時実施</td> <td style="text-align: center;">(ほとんど実施されてない)</td> <td style="text-align: center;">実施されていない</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">5)精神保健ボランティア団体の育成支援</td> <td style="text-align: center;">行事名</td> <td style="text-align: center;">規格</td> <td style="text-align: center;">対象</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">常時実施</td> <td style="text-align: center;">(ほとんど実施されてない)</td> <td style="text-align: center;">実施されていない</td> </tr> </tbody> </table>				行事名	対象		内容	規格	内容	1)精神保健の普及啓発のための一般向けの講演会	行事名	規格	対象	1.あり	規格	内 容	2)行政や地域の関係機関を対象にした研修会	行事名	規格	対象	1.あり	規格	内 容	3)精神障害者の当事者団体の育成支援	行事名	規格	対象	1	常時実施	(ほとんど実施されてない)	実施されていない	4)精神障害者家族会の育成支援	行事名	規格	対象	1	常時実施	(ほとんど実施されてない)	実施されていない	5)精神保健ボランティア団体の育成支援	行事名	規格	対象	1	常時実施	(ほとんど実施されてない)	実施されていない
行事名	対象		内容																																												
	規格	内容																																													
1)精神保健の普及啓発のための一般向けの講演会	行事名	規格	対象																																												
	1.あり	規格	内 容																																												
2)行政や地域の関係機関を対象にした研修会	行事名	規格	対象																																												
	1.あり	規格	内 容																																												
3)精神障害者の当事者団体の育成支援	行事名	規格	対象																																												
	1	常時実施	(ほとんど実施されてない)	実施されていない																																											
4)精神障害者家族会の育成支援	行事名	規格	対象																																												
	1	常時実施	(ほとんど実施されてない)	実施されていない																																											
5)精神保健ボランティア団体の育成支援	行事名	規格	対象																																												
	1	常時実施	(ほとんど実施されてない)	実施されていない																																											
<p>2. 平成23年度において、貴施設・団体が所在する保健所または市区町村では、下記の組織育成のための助言指導がどの程度行われていると思いますか。あてはまるところに○をつけてください。</p>																																															

平成24年1月13日

社団法人日本精神保健福祉連盟
会長 保崎 秀夫

保健所及び市区町村における精神保健福祉業務に関する調査について
(協力依頼)

前略

公益社団法人日本精神保健福祉連盟におきましては、厚生労働省平成23年度障害者総合福祉推進事業をもとに、「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」に関する調査研究を行っております。
本調査は、地域精神保健福祉活動における保健所・市区町村等の機能強化に向けた調査を行うとともに、保健所等の地域精神保健福祉活動の現場の業務に資する手引き書を作成すること、「保健所及び市町村における精神保健福祉運営要領」の改訂に向けて、改訂すべき箇所と内容を明らかにすることを目的とするものです。
本調査においては、吉川武彦(清泉女学院大学学長・日本精神保健福祉連盟常務理事/全国精神保健福祉連絡協議会会長)を座長とする検討委員会を組織し、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の内容に準拠した質問紙調査等を行い、保健所・市区町村等の機能強化のための基礎資料とすることとしております。

本研究の趣旨をご理解いただき、質問紙調査にご協力いただきますよう、何卒よろしくお願いいたします。
なお、本調査は、全国保健所長会、全国精神保健福祉センター長会の協力を得て実施しております。また、本調査の対象としてはいるのは、全国の精神保健福祉センターを経ての依頼による各地の施設・団体計10か所(精神科病院、精神神経科診療所、専門病院、精神障害者家族会、障害者自立支援法に基づく相談支援事業所等)です。

同封の調査票にご記入いただき、封入の上、平成24年2月3日(金曜)必着で下記あてお送りください。ご多忙のところ恐れ入りますが、ご協力のほど何卒よろしくお願いいたします。

なお、調査結果は報告書にまとめて報告させていただきます。

問い合わせ・連絡先
〒187-8553 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
精神保健計画研究部内
全国精神保健福祉連絡協議会副会長 竹島 正
tel 042-341-2712 (内線) 6209 fax 042-346-1950
E-mail : info@renraku-k.jp

3. 平成23年度において、地域の保健所または市区町村では、精神保健福祉相談や訪問指導をどの程度実施していると思いますか。あてはまるところに○をつけてください。

	日常的に実施されている されている	機会的に実施 されている	ほとんど実施 されてない	実施されて いない	わからない
1) 精神保健福祉相談	1	2	3	4	5
2) 訪問指導	1	2	3	4	5

4. 平成23年度において、地域の保健所または市区町村における社会復帰および自立・社会参加への支援の実施状況はどうの程度ですか。あてはまるところに○をつけてください。

	日常的に実施 されている	機会的に実施 されている	ほとんど実施 されてない	実施されて いない	わからない
1) 精神科医療機関との連携	1	2	3	4	5
2) 自立支援法に基づく施設・サービスとの連携	1	2	3	4	5
3) 自立支援協議会の整備促進および運営支援	1	2	3	4	5
4) 精神障害者保健福祉手帳の申請方法の周知	1	2	3	4	5
5) 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	1	2	3	4	5

5. 實施課・団体と所在地の保健所または市区町村との連携についてお聞きします。貴団体・組織との連絡調整の頻度はどうの程度ですか。あてはまるところに○をつけてください。

	月1回以上	年数回程度	なかつた
1) 保健所	1	2	3
2) 市区町村	1	2	3

C. 地域の保健所または市区町村の精神保健福祉業務および体制について、今後充実させる必要があるもの、また業務のあり方にについてご意見がありましたら自由にお書きください。

差し支えなければ、回答していただいた方の連絡先をお書きください。

回答者
ご連絡先

質問は以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。

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

目次

I . はじめに：本手引きの目的	59
II . 精神保健福祉の動向：精神保健の重要性	60
1. 「入院医療中心から地域生活中心へ」	
2. 精神科リハビリテーションの新しい動き	
3. 「医療計画」(5疾病5事業)	
III . 相談・訪問	61
1. 相談	
2. 訪問	
IV . 危機介入	66
1. 措置入院	
2. 近隣住民とトラブルが生じている場合	
V . 関連機関との連携・業務分担	72
1. 保健所非設置市町村	
2. 精神保健福祉センター	
3. 病院・診療所	
4. 相談支援事業所・地域活動支援センター	
5. 教育機関	
VI . 総括	74
VII . 資料	75
1. 精神保健の動き	
2. 精神科リハビリテーションの最近の考え方	
3. これから保健所業務と歴史	

この手引きは、日常業務にすぐ役立つよう、精神保健福祉相談、訪問指導、危機介入に重点を置いて記載しております。またリハビリテーション、リカバリー等の地域精神保健福祉活動に重要な考え方を紹介していますが、ポピュレーションアプローチについては言及しておりませんのでご注意ください。

I.はじめに：本手引の目的

わが国の精神保健医療福祉のあり方を「入院医療中心から地域生活中心へ」と改革するため、今後おおむね10年間に何を実現していくか、その目標をあらわした「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（2004）が表すように、地域精神保健医療福祉活動の充実は、わが国にとって最優先の課題である。

保健所は、精神衛生法改正（1965）によって精神衛生行政の第一線に位置付けられて以来、地域精神保健医療福祉の発展に大きな役割を担ってきた。しかし、地域保健法（1994）、障害者自立支援法（2005）を経て市町村の役割が大きくなる中で、都道府県の財政難も相まって、特に県型保健所において保健所機能が低下しているとの指摘がある。

その一方で、東日本大震災では、精神保健専門家からは、平時の保健活動をこまめに行なっておくことが、危機時の対応にとっても大切であることが指摘されている。また被災地の支援に入った精神保健の職員が、地元の保健師と協働することで、とてもよい活動を行なったことも目を引いた。災害を機に、地域精神保健活動の重要性が再認識されたともいえる。

さらに精神科領域では、狭義の医療に留まらない体制が求められており、医療・保健・福祉・介護・雇用・教育など幅広い機関が一体となった包括的ケアは、複雑困難な課題を抱えた精神障害者の地域支援には欠かすことができない。今後の地域精神保健医療福祉活動においては、このような支援体制をコーディネートすることが求められている。

市町村は地域住民のさまざまな生活上の問題の第一線の対応を求められる。福祉、住居、税、保健などの多様な問題に対応する窓口をそろえている市町村が精神障害の対応窓口となることは、精

神障害者への包括的な地域生活支援のためにはきわめて有益であろう。しかし、精神障害者の対応経験が少ないため、支援をすることに不安を感じている市町村も少なくないと思われる。地域精神保健医療活動の必要性が増しているにもかかわらず、保健所の減少と市町村の対応力の地域差から、地域精神保健医療福祉活動の手薄な地域が生じているのが現状であろう。この問題を解決していくためには、保健所、市町村、相談支援事業所等の協働による支援をどのように充実させるかを検討する必要がある。

保健所の置かれている状況は、人員、圏域の広さを含めそれぞれの地域で大きく異なる。また県型、中核市型、政令市型などの設置形態によても機能は異なる。このため、全国一律の明確な基準は作りにくいのが事実である。しかし、保健所が地域精神保健医療福祉の充実において役割を果たすことを求められていることは間違いない、それにはどうしても押さえておかなければいけない事項がある。

本手引きはそれを念頭に置いて作成された。保健所によつては、人員の制約などからここで書かれた内容を実践することは難しいかもしれない。しかしながら、保健所内、または市町村や関係諸機関との間で方向性を共有することは役立つだろう。

本手引きは地域精神保健医療福祉活動に経験の浅い保健所職員を対象としているが、すでに経験を積んだ職員の方にも日々の業務の意義を改めて確認するために参照していただくことを期待している。また市町村職員、地域精神保健医療福祉活動に關係する諸機関の方にも手に取っていただくことを期待している。

II. 精神保健福祉の動向：精神保健の重要性

1. 「入院医療中心から地域生活中心へ」

国によって定義や計算方法は異なるとしても、わが国では精神科病床数が多く、平均在院日数が長いことはよく知られている（図1, 2）。

この状況は、精神障害者に関する問題の解決を入院に委ねようとしてきた社会全体の問題である。もちろんこれは日本に特殊な歴史であったわけではない。19世紀の欧米諸国においては精神病患者を入院治療に委ねる傾向が顕著であり、数千床を有する巨大な精神科病院が数多く建設された。1950年代以降、精神科病院の病床を大幅に削減し、廃止しようという動きが欧米諸国で大きなうねりとなった。これを脱施設化 deinstitutionalisation と呼ぶ。

先駆的に脱施設化を行なった国の経験から明らかにされたことは、①精神科病院の脱施設化は地域精神保健医療福祉体制の充実なしには有効なものになりえないこと、②地域支援の充実により入院病床の縮小は可能であること、である。また地域精神保健医療福祉体制は地域に近い多極分散型の小規模施設が好ましいことが明らかにされてきたことも大切な点である。

我が国においても「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（2004）において「入院医療中心から地域生活中心へ」というスローガンが掲げられた。これを契機として地域移行支援事業などさまざまな制度が行なわれるようになってきたが、その動きは端緒についたばかりであり、今後それをいかに発展させるかが問われている。この中で、精神科医療、特に精神科急性期医療の充実の必要性が強調されている。しかし、それと同時に、精神科医療につながる前と入院医療の後、あるいは外来通院時における精神保健医療福祉活動の充実がなければ、地域

に生活する当事者と家族の地域生活の維持・向上は不可能である。この点で、保健所や市町村の精神保健福祉の取組の充実は必要不可欠である。

2. 精神科リハビリテーションの新しい動き

西欧諸国においては、近年、精神科リハビリテーションにおいて、リカバリー recovery という概念の重要性が増している。これは単に医学的な症状が改善することだけではなく、生活の質の向上、社会とのつながり、就労の場所、生きる希望などを含み込んだ総合的な概念である（資料2）。

リカバリーの概念と密接な関わりを持ち、かつ重要なのは、当事者や家族そして地域が本来持っている利用可能な資源、強み（ストレングス strength と呼ばれる）をどのように引き出し利用するか、ということである。

この文脈において、当事者による支援（ピア・サポート）や家族による家族支援等も、新たに注目されている。

保健所は当事者や家族そして地域が本来持っている利用可能な資源への目配りが可能であり、市町村とも連携して、当事者や家族が自分たち同士でお互いに支援してゆくことができるよう育成する視点を持つことが大切である。

こうした支援において大事なことは、専門家が当事者を教えるという上下関係ではなく、当事者や家族もまた重要なパートナーとして、精神保健医療福祉の専門家と対等な立場で、共同で課題解決に向かうことである。専門機関による支援も、当事者や家族の主体性を尊重し育む脇役としての節度を守ることが求められる。

3. 「医療計画」（5疾病5事業）

都道府県は、医療法第30条の4により「医療提供体制の確保を図るための計画（医療計画）を定めるものとする」とされている。医療計画に記載すべき事項

は、①患者数が多く、死亡率が高い等緊急性が高いもの、②症状の経過に基づくきめ細かな対応が求められることから、医療機関の機能に応じた対応が必要なもの、③特に病院と病院、病院と診療所、さらには在宅へという連携に重点を置くものとされている。H23年12月現在、省令により4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）、5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療）が対象となっており、医療連携体制を構築することで、広汎かつ継続的な医療を提供し、国民の健康の保持を図ることを目的としている。

精神疾患は、①患者数が323万人（平成20年）と他の4疾病と比べて多いこと、②精神疾患の死亡数も年1万人を超えており、年3万人を超える自殺者の9割は精神疾患に罹患していた可能性が高いこと、③早期治療、地域移行のために、病院、診療所、訪問看護ステーションなどの諸機関が個々の機能に応じた連携を行なう必要があることなどから、平成25年度以降の医療計画に記載される予定である。

精神疾患が5疾病のひとつに挙げられるることは、地域精神保健医療福祉活動の重要性を示すものであって、保健所、市町村の果たすべき役割にも言及される可能性があることから、医療計画の今後の動向に注意する必要がある。

III. 相談と訪問

保健所が行政機関でありながら現場の活動を行うことは、行政と地域の諸機関、地域の諸機関同士の間を円滑につなぐためにきわめて重要である。

1. 相談

①保健所における相談業務一般

保健所における相談の対象は、本人、家族、一般住民、関係者等と多岐にわたるため、相談対応に当たっては、個別の

相談目的に合わせた対応が必要である。最初は電話相談から始まることも多いが、複雑な相談の場合は面接が必要になる。相談を受ける場合には、状況の正確な把握が重要である。そのためには、現在の状況が確認できるよう、相談者からできるだけ客観的な情報を得る。その際、相談者に、不要に根掘り葉掘り聞かれているという印象を与えることがないように、情報収集をする目的（困っていることについて一緒に考えるには、現状ができるだけ正確に把握する必要があること）や、わからないこと、言えないことは無理に言わなくてもいいことをしっかりと伝えるようにする。

②相談の方法

- i) 安心して話せる場を設定する（プライバシーを守ることを伝える）。
- ii) 時間の設定：長くても1時間程度をめどにする。相談を受ける側が十分に時間がとれないときは、あらかじめ対応できる時間の見込みを伝えておく。

③相談時に聞いていくべき情報

- i) 対象：困っているのは誰か。
- ii) 困っていることを引き起こしているのは誰か、あるいは誰と推測しているのか。
- iii) 困っていることが精神障害によるものと思っているのか。思っているとすればその理由（精神障害の既往がある、精神障害で通院中、精神障害が疑われる等）
- iv) 相談目的：なぜ、保健所に相談をしてきたのか（受診させたい、迷惑行為をなんとかしてもらいたい等）。
- v) 相談につながるまでの経緯（警察から保健所に相談するように言われた等）

④初回面接の留意点

相談者の話を聞こうとする態度、および相談者に注目する態度を示すことは、相談者が一人の個人としてケアされていることを実感する助けになる。相談は、

通常、自由に回答できる形の質問で始める。例えば「現在、困っている問題を教えていただけませんか」等と話しかける。相談記録の記入等のためにほとんど相談者の顔を見ない、というような対応は望ましくない。

迷惑行為を受けている周辺住民の場合、困っている問題を起こしている人の排除（例えば精神科病院への強制入院等）を期待して相談に訪れることがある。その際には、「状況が改善に向かうように、一緒に考えさせてもらいたい」と伝え、相談者と共に問題の解決に取り組む気持ちで相談に臨む。

⑤相談の終わりに確認すること

今回の相談の目的を果たすことができたか、または、今後の見通しを持てたかを尋ねる。また今後、困ったこと、何か変化があった時はいつでも連絡するように伝える。

⑥留意点

相談者もしくは、相談の対象者が暴力行為を受けている可能性がある場合や、暴力行為の被害にあう可能性がある場合でも、相談者がそれを口にしないことがある。相談者が疲れていたり、状況の改善をあきらめたり、暴力が起きるような危険な状況に慣れていることが多いからである。

相談を受ける場合は、暴力行為の有無を確認するとともに、それが確認できなくても暴力行為の危険性が疑われる場合は警察署に相談（110番）するように伝える。また保健所から警察に相談しておく必要がある場合は、相談者に十分説明して、その同意を得た上で、警察署に連絡を行う。

6段階の問題解決戦略

- ステップ1 どのようなことがまさに問題か？あるいは目標か？
- ステップ2 考えられる解決策を選ぶ。
- ステップ3 考えられる利益と不利益をあげる。
- ステップ4 最善の解決策を選ぶ。
- ステップ5 どうすれば解決策を実行できるか計画する。
- ステップ6 解決策を再吟味する。
(地域精神看護の実際 世論時報社による)

⑦どのような機関に、いつつなぐか

i) 社会資源の活用が望ましいと判断された場合は、活用した場合の利益、そこで期待できることと限界等も説明して、活用をすすめる。

ア) 勧める時期：相談後に信頼関係が取れてきたところで勧める。

イ) 勧める際のポイント：関係機関にこちらから連絡をすることの承諾を取り、担当者に直接伝えておくことが円滑な社会資源の利用のポイントである。そして、その後どうなったかを紹介先に確認することが、その後のフォローバックの構築につながる。

相談の結果、精神科病院の受診が必要であると判断され、かつ対象者本人は受診する可能性が低くても、受診する医療機関が決まっている場合は、相談者だけでも医療機関に相談に行くことの必要性を伝える。

警察への相談が必要であると判断された場合（対象者が違法薬物の使用や犯罪を起こしている場合、対象者の精神症状が悪化していて、暴力行為の危険性がある場合等）は、それをすすめる。

⑧精神科嘱託医による精神保健福祉相談：精神科医に相談してもらうことの意味とは？どのように精神科医に仕事を依頼すればいいのか？

常勤の精神科医のいないことの多い保健所にとって、精神科嘱託医の相談日は医療的助言を得る貴重な機会である。また精神科医にとっても、地域の現場を知る重要な機会になり得る。精神保健相談の場を精神科医療との連携のために有効に活用したい。精神科嘱託医による相談には次のことに留意する。

i) 精神科嘱託医には、日頃から、保健所の相談業務の役割についての理解が得られるように努める。

ii) 相談者には、精神科嘱託医による相談は、治療を行う場でないことをよく説明した上で、精神医学的な評価を得る等の重要な意味があることを伝えて、相談予約を入れる。

iii) 精神科嘱託医への相談予定がない場合は、保健所のかかえている相談事例への助言を依頼する。保健所の事例には複雑困難事例も多い。日頃から精神科嘱託医に相談することによって、緊急時の対応がスムーズになる可能性がある。

iv) 他機関とのケア会議については、適宜、精神科嘱託医に助言を依頼する。精神科嘱託医が出席できなくても、会議当日にその助言を伝えることで、よりよいケア会議にすることができる。

2. 訪問

①訪問の重要性

精神保健の分野においては、医療支援につながっていない人たちの問題が大きく、支援を最も必要とする人たちこそ支援が届いていないという現状がある。このような人々は、自ら医療機関を受診することが難しいために、訪問による支援が必要である。特に未治療かつ受診することが難しい精神障害者の場合、保健所による訪問は非常に重要である。このような事例では、単に医療につながっていないというだけでなく、生活面でも多くの課題をかかえており、社会への統

合が十分なされていない状態であることが多い。

このような事例に対する時には、しばしば医療機関に受診ないしは入院すること自体を目的にしがちである。しかし、受診や入院につなぐことを最優先するほど緊急性が高くなれば、関係づくりから始めつつ、生活全体を評価し、適切な支援体制を組み立てることが大切になる。その支援内容には家族や周囲の人々へのアプローチも含まれる。地域診断と地域づくりの重要性をよく知る精神保健スタッフが最も必要とされる場面である。本人の望まない受診や入院が否定的な医療との出会いとなり、当事者が今後医療不信を強めることにならないよう配慮が必要である。

本事業における保健所調査からも明らかになったように、保健所が頻回の訪問を行うことは難しいのは事実である。しかし、他の機関に実働は依頼しても、要所では自ら足を運び、相談支援の評価と計画に意見を述べていくのは、保健所の重要な役割である。

②多職種チームの意義

これまで行なわれて来た往診では、医師と看護師または保健師で、当事者の自宅等に訪問することが多かった。しかし最近は、支援の専門分化と包括的支援の必要性の認識のもと、さまざまな職種からなる多職種チームの重要性の認識が高まっている。

多職種チームは、医師、看護師ないしは保健師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士等の職種を含んでいる。複数の職種が、チームとして一人の当事者に関わることを基本とする。そしてチーム内で支援情報を共有し、適切な支援を検討する。

多職種チームの必要性は精神科領域に限られたことではない。例えば、がん患者の緩和ケアチームが病院に置かれ

ている場合、内科医、麻酔科医、精神科医、臨床心理士、看護師等がチームを組んで患者の治療に当たる。

多職種チームにおいて重要であるのは、医師によるトップダウンの意思決定ではなく、チームによる協議を通したボトムアップの意思決定である。医師はチームの責任者として、さまざまな意見を集約し、最終的な支援計画に責任を持つ。

また多職種チームによる支援で重要なのは、支援のアレンジは当事者の希望、目標を中心と考えることである。

今までの地域精神保健医療福祉活動においては、ともすれば、家族の意向、地域住民の苦情、医療者の考えが優先され、当事者の希望が後回しにされてきた。今後は、当事者の目標の達成のために、フォーマル、インフォーマルな支援を適切なタイミングで組み合わせて、当事者自身が暮らしやすく、生き甲斐を持った生活を送ることができるようになることが求められる。現状においては、多職種チームを活用できる保健所は限られているだろう。しかし、今後の地域精神保健医療福祉活動において、多職種アウトリーチチームは増えてくると予測され、このチームとの適切な連携体制を組むことが課題となるだろう。

③訪問の意義

相談や訪問では、困っている人たちの声に耳を傾け、共に考え、できるだけ対象者自身の力が引き出せるよう支援する。その中で家庭訪問は、保健師や相談員の使える最大の武器である。対象者の家、家族、周囲の環境を見ることで、かかえている問題の解決のためのヒントを見つけることができる。相談や家庭訪問を行っても、よく状況が把握できないときは、市町村等の関係機関に出向くことが大切である。ケア会議などを開催するようセッティングすることも必要になる。

④訪問対象者

ひきこもりや家族がいない、以前に地域で問題を起こし、周囲との関係がよくない場合等は、定期的な訪問を行うことが望ましい。

どのような訪問対象者にも、原則として、訪問を実施する前に、訪問をすることへの了承を得る。

訪問の了承を得る方法を検討する上で、訪問対象者を把握した経路は非常に重要である。

また、措置解除事例や保健所の介入により入院に至った事例等で、退院後の関わりが困難になることが予測されるケースにおいては、入院中から退院後に継続した訪問ができるような準備や体制を整えることが重要である。

⑤初期訪問

初回訪問は十分な事前情報を得られないこともあるので慎重に行う。保健師の場合、血圧測定等健康管理を通じてコミュニケーションをはかることも考えてよい。健康問題を通してアプローチできるのは保健師の強みである。しかし、けっして無理をしない。2～3回留守や拒否があっても、顔を見てあいさつ（保健師あるいは相談員であると自己紹介する）だけで帰ることがあっても、関係づくりには大切である。その際に、「健康面や生活面で困ったことがあればいつでも相談に乗ります」と伝えておく。時間は短くてもよい。なじみの関係になることが大切である。

⑥継続訪問

継続した訪問は、①独居などで他の支援が入っていない、②以前に周囲とのトラブルがあった場合等に必要である。頻度は、関係ができるまでは頻回に行き、関係ができてきて、社会資源等医療福祉サービスの活用ができるようになれば1ヶ月～2ヶ月1回程度にする等、本人と相談しながら徐々に少なくする。訪問

支援を終了にする時は、困ったときには連絡するように本人に伝え、必要な時は訪問支援を再開する。

継続訪問が難しい場合は、市町村や相談支援事業所などと訪問チームを作つて、各機関のスケジュール調整を行ない、ローテーション方式で訪問を継続する方法もある。

アウトリーチ推進事業などの多職種チームが利用可能であれば、チームと協議しながら、役割分担をして継続訪問を行なう。大切なのは、訪問を他の機関に任せた場合でも、経過については把握しておくことである。ケア会議や要所での連絡などで状況把握はしておく。これがないと訪問チーム丸投げになってしまい、トラブルが生じた時の迅速な対応が困難になる。

⑦家族支援：家族支援はなぜ必要か？どのような支援が必要か？

家族は、本人のことで、「どうにもならない」とのあきらめに陥っている場合がある。緊急性（暴力等）の有無を見極めながら、家族を支援し、受診行動等に結びつけるよう支える。家族が近隣者や親せき等から孤立していることも多く、職員が家族の相談相手になることによって家族がほっとすることも多い。状況がすぐに好転することがなくとも、保健師や相談員は根気強く、家族との関わりを続けていく。また、家族を支援できる友人、知人、親戚などの協力を得るよう勧める。

場合によっては、地域の家族会や家族教室などの利用を勧める。その際、家族と同行して家族会に参加することも検討する。

⑧関係機関への訪問

i) 病院内での面接

服薬中止や地域に戻って周囲との関係で問題がある場合は、できるだけ入院中に病院内で患者と会い、関係をつくっ

ておくことで、退院後のケアにつなげるようとする。

ii) ケア会議の開催

必要なときはケア会議を開催する。ケア会議の目的は、①対象者への共通認識を関係者が持つこと、②お互いのことを知り、役割の明確化を行うこと、③各関係機関の顔と顔の見える関係をつくることによって効果的な危機介入を行えるようにすること、である。

iii) 関係者からの相談対応の大切さ

障害者自立支援法により、相談支援事業所等、市町村から障害者相談を委託された相談機関が地域に増えてきていることから、それらの関係機関からの相談が増えていると聞く。公的機関である保健所が中心となって、相談支援事業所等の関係機関の連絡会議を持つことは、地域精神保健医療福祉活動の充実につながる重要な取組である。

iv) 警察からの相談について

警察とは相談業務などを通じてしばしば連携が必要になるため、その業務と基盤になる法律を理解しておく。警察官職務執行法には、「警察官は、異常な举动その他周囲の事情から合理的に判断して次の各号のいずれかに該当することが明らかであり、かつ、応急の救護を要すると信ずるに足りる相当な理由のある者を発見したときは、取りあえず警察署、病院、救護施設等の適当な場所において、これを保護しなければならない」とあり、「精神錯乱又は泥酔のため、自己又は他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのある者」が挙げられている。警察から紹介があった場合は、精神保健福祉法第24条通報か、一般的な相談かを最初に確認する。

v) 相談ケースからの予防活動：地域連携、ケアの継続性

個々の事例から見えてくるものをデータ化し、分析することは、ケアの継続

性をすすめ、地域に責任をもつ業務を行うことにつながる。

例えば、都市部では、相談機関が多様になってきたため、保健所での訪問を継続しないで早めに他の機関につなぐこともあるが（バトンタッチ型の支援）、これが有意義な連携になっているのかどうかは、振り返りをすることが必要である。

市町村や相談支援事業所、訪問看護ステーションでの継続訪問にスムーズに移行できる事例もあるが、支援者との関係をつくりにくい事例や、複合的な問題を抱えている事例では、支援機関の移行においてきちんとアセスメントを行い、ケア会議等で協議と合意に基づいた移行を行なうことが必要である。

有意義な連携には、自分のできる支援は行い、互いの役割が重なり合うことが必要である。そうでないと、支援を任せられた側が、「押し付けられた」ように感じてしまう。「押しつけられた」と一方が感じる関係では、有意義な連携は成立しない。支援の振り分けについても、当事者や次の支援者が不安を感じなくてすむように、重なり合いながら徐々に引き継いでいく等の工夫が必要である。

なお以下は、相談・訪問に共通する地域での再発支援のアセスメントとプランの流れである。

病気の管理を支援するための方策（計画）
①再発のきっかけを認識する。
②再発を警告する徴候を認識する。
③再発を防ぐ行動計画を構築する。
④コーピング方策を開発する。
⑤前もった指示を集める。
(地域精神看護の実際 世論時報社による)

IV. 危機介入

1.措置入院

①措置入院とはどのような入院か？

精神科医療においては、精神疾患を有し早急に医療が必要な状態にあり、かつ医療が健康の回復および健康的な生活を取り戻すことに有効かつ不可欠にもかかわらず、当該精神障害者が医療を拒否してしまう場合が多々ある。しかも、精神疾患のために判断能力に障害を来したり、幻覚や妄想、興奮、拒絶等の精神症状や、その結果としての病識の欠如などによる拒否等、疾患そのものが医療を遠ざける原因になっている場合がある。

精神疾患が重篤であるがために、自ら医療を受け健康を回復する機会を得られない精神障害に対して、適正な医療および保護を提供する必要があることから、精神保健福祉法により、一定の要件の下に、任意性に基づかない入院形態が定められている。

医療保護入院（精神保健福祉法第33条）は、精神保健指定医（以下、「指定医」）による診断結果と保護者もしくは扶養義務者（以下、「保護者等」）の同意を要件とし、病院管理者と保護者等との医療契約による医療提供である。

応急入院（法第33条の4）は、医療保護が必要な精神障害者であって、保護者等の存否、連絡先等が不明もしくは連絡が取れないものの、「直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者」に対して、指定医の診察に基づき病院管理者の判断で行われ、72時間に限定された緊急の医療提供のための入院形態である。

これに対して措置入院（法第29条）は、「医療および保護」を目的とした入院形態である点では同じであるが、都道府県知事（政令指定都市においては市長）（以下、「知事」）が指定する2名の精神保健指定医の診察（法第27条1項）（以下、「措置診察」）の結果、「精神障害者であり、かつ医療及び保護のために

入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがある」と一致した場合に、知事が当該精神障害者に入院を命じ、基本的人権に一部制限を加え、強制的に入院させる行政処分である。またその期間はあらかじめ定められてはいない。そのため、法令により厳正な手続きが定められており、その適用に際しては当該精神障害者の人権の尊重が最大限に求められる。

措置入院は、本人の意思に基づかない強制入院という点では、医療保護入院や応急入院と同じではあるが、家族等の保護者の意向を必ずしも前提としない強制医療でもあり、知事による行政処分という事実は重く、本人はもとよりその家族等に対しても影響を及ぼすことを認識しておかなければならない。

②措置入院はどのような場合に必要か？

措置入院の要件である、精神障害に起因する自傷他害のおそれ（以下、「措置症状」）に関する判定基準は、法第 28 条の 2 および厚生労働省告示により規定されており、「自傷」については、「自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為（以下、「自傷行為」という。）とされ、「他害」については、「殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為（以下、「他害行為」といい、原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいう。）」と定められている。また、「病状又は状態像」ごとに「自傷行為または他害行為のおそれの認定に関する事項」と「原因となる主な精神障害の例示」が示されている。

この措置症状の有無の判定のための措置診察を実施するか否かは、通報等の受理時に行われる事前調査の結果により決定するが、調査に当たっては、これらの判定基準を念頭に置いた上で、問題

とされる言動に関する客観的事実の確認が欠かせない。確認された内容は、精神保健指定医による措置症状の判定における参考情報ともなり、非常に重要であり、十分に行われる必要がある。

しかしながら、通報などの大半を占める警察官通報（法第 24 条）（以下「24 条通報」）は、警察官職務執行法（以下、「警職法」）の保護下においては保護が原則 24 時間であることや、当該被通報者である精神障害者等の負担の軽減、必要な場合の措置診察指定医の確保等から、通常、限られた時間の中で調査を行い、措置診察の要否を決定しなければならない。そのためには、関連法令、精神疾患や医療に関する専門的知識、面接等の技術、そして経験が必要であり、複数名の職員による対応が望ましい。また保健所組織としての診察の要否の決定及び決裁に即時に対応できる体制が必要である。

なお、法第 24 条通報及び一般人の申請（法第 23 条）（以下、「法第 23 条申請」）に関する対応については「保健所精神保健福祉業務における危機介入手引」¹⁾を参照されたい。

③医療提供のための入院としての措置入院

法令上の手続上は行政処分ではあるが、その目的はあくまでも「医療及び保護のため」であり、通院、任意入院、医療保護入院等によっては必要な医療及び保護が図られず、なおかつ「自傷他害のおそれ」が伴う場合にのみ発動されるものである。入院当初は行動の制限や処遇上の制限が伴うが、他の入院形態と同様に病状等から必要に応じて法第 36 条、37 条に基づいて行われる。提供される医療は入院形態によって特に変わるものではない。「医療及び保護」の目的は、身体疾患と同様、健康の回復と、疾患のために生じた生活上の深刻な問題の回復であり、健康的な地域生活を取り戻す

ことが治療の目的である。

④措置入院から退院に向けて

i) 措置入院から退院に向けて気をつけるべきことは？

支援の必要度は必ずしも入院形態によって決まるものではないが、措置入院に至った背景、行政処分という強制力の下にあることからすれば、退院に向かう支援もより積極的に行われなければならぬ。そのためには、適宜、その病状や経過については把握に努めるべきである。しかしながら、措置入院に関する行政の役割については、申請・通報・届出の受理から入院措置に至るまで、措置解除に関する手続き以外は定められてはいない。すなわち、保健所における相談支援は、行政処分の如何に関わらず、すべて法第47条（相談指導等）に基づいて行われ、退院に向かう際は入院先病院と連携を図り、相談支援を取り組んでいくこととなる。

このため、保健所は行政処分序という役割と相談支援機関という役割の二面性を同時に担うことになる。強制力の発動と、当事者の主体性の尊重を原則とした相談支援の実施という背反する役割は、まさに公的責任を担う行政機関である保健所特有のものであって、精神障害者や家族、時に近隣住民や関係者との関係性の構築をより難しくするという側面をもたらしている。この意味においても、保健所における相談支援には、より高い専門性と経験が求められ、また担当者間での役割分担等、所属機関内での連携による対応が必要となる。

相談支援において欠かせないのは関係性であるが、通報等の受理以前から関わりがあり、ある程度の関係性ができる場合を除き、本人との関係性構築は措置入院を契機に取り組むことになる。

一般的に、入院後しばらくは、病状の重篤さや病識の欠如に加え、行政処分序

ということ等から、強い拒否、時には恨みを買い、関係性を築くことが難しい場合がほとんどである。しかしながら、病状の回復と治療過程における病院職員との安定した関係性が構築されていくにつれ和らいでくる。入院中においては、当然のことながら、治療及び退院に向かう支援の中心は、主治医、担当看護師、精神保健福祉士等の病院職員であるが、この治療者の輪に保健所担当者は支援者として加わっていくことが必要である。そのためには、病院担当者とこまめに連絡を取り、入院後の経過の把握に努め、タイミングを見計らって本人と面会し、支援に向かう働きかけに取り組んでいくようとする。

本人の拒否等が強ければ、関係性構築は慎重に始めなければならないが、病状との関係も踏まえ、いつ、どのように働きかけていかか病院担当者とカンファレンスをする等して、具体的な検討をしながら進めていくことが必要である。

ii) 措置入院を繰り返さないために入院中に行なうべきことは？

退院後の支援については、入院中に本人や家族を交え、支援の必要性や内容、医療機関と保健所や他の関係機関の役割などについて相談し、確認しておくようとする。前述のとおり、措置入院者に対する相談支援に関する法令上の定めがないことから、保健所の役割も他の入院形態の退院の場合の支援と特に変わるものではなく、あくまで相談支援機関として関わることになる。

措置入院のみならず、病状の再燃による再入院を防ぐために欠かせないのは、通院と服薬の継続である。本人の怠薬、拒薬、通院拒否や、家族による支援の欠如、病状に影響する生活上の危機等から医療中断が予測される場合は、病院職員が中心となって、そのリスク及び対応方法について検討すべきであるが、この過

程に本人や家族はもとより、保健所も積極的に参加し、保健所が危惧するリスクについても伝え、保健所の役割についても検討しておくことが大切である。

また、本人、家族、医療機関、保健所、その他関係機関における情報の共有についてあらかじめ協議し、合意を得ておくことも必要である。情報の共有は、連携・連動した退院後の支援に向けて必要不可欠であり、本人や家族も含め目指す目標を共有することを意味する。退院に向けた必要な支援については、病院職員を介在するだけでなく、直接本人に面会し、相談をしながら進めていく。

行政処分という側面は家族にも重くのしかかることがほとんどであり、通常の入院以上に引き続きの家族支援も念頭に入れておく必要がある。家族は、通常、入院前までに相当疲弊しているが、入院直後も病院担当者との面談や、様々な手続きのために忙しい。ゆっくりと休むことができるのは、入院後1週間ほどしてからということが多い。本人の入院中に、家族自身もしっかりと休み、自らの生活や安心を取り戻すことが必要である。また退院に向けた本人への支援に家族も加わってもらうためにも家族の回復は極めて重要である。家族支援においてはこのことを念頭において取り組んでいくことが必要である。

本人や家族の拒否や抵抗が強い場合は、丁寧に、粘り強く関係性の構築に取り組んでいかなければならぬが、相談支援関係を築くのがどうしても困難と思われる場合は、市区町村と役割を分担し、連携して退院に向けた支援を組み立てていことも必要になる。

iii) どうしたら再度の措置入院を防ぐことができるのか？

退院後の医療と地域相談支援の継続がどこまでできるかが重要である。医療も相談支援も、本人が望む生活を支える

ことが目的であり、そのためには通院先医療機関や保健所にとどまらず、相談支援事業者やヘルパー等、地域の幅広い支援のネットワークの活用による支援が有効である。これは生活上のニーズに応じた幅の広い支援のためであるとともに、多くの機関、関係者が関わることで関係性の拡がりも期待できる。仮に、服薬や通院が途絶えたとしても、生活支援を基盤とした相談支援関係が途絶えなければ、少なくとも当該精神障害者が孤立することは避けられる。またその生活の支援の経過の中で、医療の必要性について丁寧に伝え、粘り強く働きかけていくことも可能である。

警察官の介入する事態が想定されるような場合には、本人に率直にその旨を伝え、回避するためにはどうしたらよいかという相談をもちかけ、本人にとっての危機回避として相談支援をテーマとして共有するように努めることも大事である。

また必要に応じて保健所の通報等対応機関としての業務についても丁寧に説明し、理解をしてもらうように努めることも大切である。本人の意向によらずに法的対応をする場合の説明をしておくことは、保健所担当者として、あらかじめ手の内をさらけ出した上で、向き合うことを宣言することもある。これはそれなりに覚悟と勇気がいることであるが、少なくとも嘘はつかないという信頼は勝ち得る可能性が高く、危機回避が共通の目標となるきっかけにもなりうる。あとは、回避するための手段、対処方法等を本人と話し合う。

このような支援関係が持続できることは、医療中断→病状再燃・孤立化→病状増悪→更なる孤立化、問題行動→通報・再入院という負のスパイラルに対する一定の歯止めとなりうる。もちろん、このような関係性の構築が常にできる

とは限らず、その過程では多くの困難に直面することにもなる。しかし、このような関係性の構築を目指すことは重要であり、地域精神保健福祉に携わる支援者あるいは機関としての専門技術に裏打ちされた経験の蓄積が、その困難さを軽減させることにつながっていく。

医療中断においては、通院先医療機関のスタッフもゆるやかな見守り体制に加わり、病状の把握に努めるとともに、医療の有効性について生活上のニーズに応じて、説明し、服薬や受診の再開を提案していくことが大切である。重要なことは迅速さではなく、丁寧で粘り強い働きかけである。なお、通院先医療機関の協力が難しければ、保健所の精神科嘱託医を活用する。また平成23年度に始まった「精神障害者アウトリーチ推進事業」にも、一つの役割として期待されるところもある。

⑤措置診察の結果、措置入院にならなかつた場合はどのようにすべきか？

まず、精神科医療の必要度、必要な場合の適切な形態についての吟味に基づき、その後の支援の要否と内容を検討する。治療の適用やその形態については、医師や精神科医療機関によって考え方がある。措置診察の結果、措置入院が不要と判断された場合も、診察をした指定医の参考意見として、医学的判断を求めておくことが望ましい。

治療の適応があり、入院が必要な状態であると判断された場合は、本人及び家族に説明し、措置診察後に精神科病院への受診を勧め、積極的に受診を促すことが必要となる。必要があれば、措置診察をした指定医に依頼し、医学的判断を説明してもらうことも有効である。当日の受診がどうしても難しい場合は、後日の同行受診等を提案する。

精神科受診ができ、診察の結果、治療は必要だが医療保護入院は不要と判断

された場合は、任意に基づく医療が適切であるということになる。その場合、診察医には、期待されうる治療効果の説明と丁寧な治療導入を本人や家族に対して行なうことが望まれるが、保健所職員も医師の意見を確認しておくことがその後の相談支援においては欠かせない。

また生活上の困難等の具体的な問題が生じている場合は、医療以外に必要な支援がないかを本人や家族と一緒に考える等、通常の相談支援への導入を図る。本来は、このプロセスは受診先医療機関の医師やケースワーカー等も同席の上で、診察の一環として行われることが望ましいが、本人の意向や、医療機関の外来状況等によって困難な場合は、本人と家族、保健所職員だけで相談をすることもやむを得ない。そのためにも、通報等受理後の事前調査では、単に直近の問題行動や措置診察の要否のみならず、最近の生活状況や経過、生活歴や家族状況等について可能な範囲で具体的に確認しておくことが望まれる。事前調査時から関係性の構築が始まっていることを念頭に置き、法令に基づき適切に行なうとともに、極力本人の意向を確認しつつ進めることも大切である。

2. 近隣住民とトラブルが生じている場合

①住民とはどのようにつき合つたらよいのか？

精神疾患に伴う言動や、特に病状の悪化や遷延化に伴う生活の破綻から近隣住民とトラブルが生じてしまう場合は多々ある。また直接的に脅威となるまでの問題行動はないものの、精神疾患への知識の欠如や偏見、保護する家族等の不在などから、近隣住民が過剰に不安を募らせることもある。いずれにせよ、保健所が近隣住人と相対するのは、苦情として相談が持ち込まれた場合が最も一般的である。近隣苦情相談は、多くの場合、

そこへ至るまでの住民としての耐え難い経過、保健所へ苦情を持ち込むことへの相当の決意、行政による解決への強い期待（時に要求）が伴う。相談者が多数で、苦情の訴えと即時的な強制的介入・解決への要望が強い場合は、相談を受ける側も、複数名、あるいは担当課長等も同席し、組織として相対しているという姿勢を示すことも必要である。

一方、近隣住民に限らず、誰しも精神疾患や精神保健についての情報に接する機会はほとんどなく、知識が皆無であり、解決策が見いだせないことで不安が募り、行政の権限もしくは責任で対処してもらう以外にないと思い詰めるというのは、寧ろ一般的であるとも言える。長期未治療者の家族が対応に苦慮し、入院させるしかないとの思いで来所する相談に共通する面がある。いずれにおいても相談対応の基本は同じであり、相談に来所したことをいたわり、訴えを受け止め、傾聴しつつ必要な事実を確認し、相談者が望む問題の解決と、相談者自身のストレスや健康被害に関する相談支援という両面に同時に取り組んでいく必要がある。

②精神障害者の近隣住民をどのように支援したらよいか？

近隣住民の健康被害やストレスの影響については、積極的に個別相談に応じ、必要な支援をしていくようにすべきである。そして相談支援の過程において、精神疾患や精神保健に関する正しい知識・情報を提供し、理解を深めてもらうように努める。いわば、相談支援を通じた健康教育と普及啓発の絶好の機会であり、保健所の相談支援の前提や個人情報の取り扱い等についても実体験してもらうまたとない機会でもある。近隣住民への丁寧な支援が、結果的にはトラブルの対象となっている精神障害者への理解への一助ともなる。

個別の健康に関する相談支援とまでいかない場合でも、近隣住民に時々電話や訪問して状況を確認するよう努めることは、より客観的な状況把握の上でも必要であるが、不安や憤りを抱えた住民にとって、行政が継続的に関与していることを認識してもらう機会ともなる。

なお、近隣住民への相談支援や対応する担当者と本人への支援者は別にするなど所内での役割分担を図ることが望ましい。

トラブルや軋轢が根深く、住民の感情的拒否が強い場合の対応は、関係性の構築が難しい要支援者への対応と基本的には同様である。ただし、クレイマーとの区別は明確にし、クレイマーに対しては法令等も踏まえた毅然とした対応が必要となる。

③住民のコアとなる人に個人情報を守りつつ理解と協力を求めるために必要なことは？

近隣住民へ本人に対する何らかの説明をするにしても、すべてが個人情報であり、本人の了解もなしに一方的に説明することはできない。しかしながら、「個人情報なのでお話しできない」という紋切調では住民の不安、不満は解消せず、行政に対する不信を募らせ、過度の要求へとエスカレートするなど問題を難しくする。また精神疾患や精神障害者への偏見、差別を助長する結果となってしまう。

そもそも個人情報と人権についての考え方には、個々人や地域によって多少異なるのが現実であろう。現に、地域でのお互いの暮らししぶりによって、個人情報は自然と開示されたり、暴露されたりするものであり、ご近所づきあいと生活への干渉に関する許容範囲は様々である。

これらを踏まえた上で、精神障害者と近隣住民がどこで折り合えるか、そのため双方の情報開示がどこまで必要な

のかということになる。1体1の関係であれば、自らが直接知らなければ理解も安心もできないが、公的機関が間に入ることで、ある程度の安心感が得られるることは期待できる。

本人も近隣住民も、少なくとも以前よりストレスが減り、安心して暮らせるようになることが地域における支援目標であり、地域住民の人権と健康は等しく重要であり、本人あるいは近隣住民のどちらか一方を擁護するものではないことを近隣住民、本人双方へ誠実に伝えていく努力が必要である。

なお、本人の迷惑行為を受けている近隣者等の集まりにおける対応については「保健所精神保健福祉業務における危機介入手引」¹⁾を、個人情報の取り扱いについては「精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン」²⁾を参照されたい。

文献

- 1) 全国保健所長会「精神保健福祉研究班」.保健所精神保健福祉業務における危機介入手引.平成18年度地域保健総合推進事業「精神保健対策の在り方に関する研究」.2007
- 2) 宇田英典他.精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン.平成22年度厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)「健康危機管理発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究」報告書別冊.2011

V. 関連機関との連携・業務分担

1. 市区町村

本事業における市区町村調査の結果、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」約7割、「人口10万以上30万未満」約3分の2、「人口30万人以上」半

数であった。精神保健福祉法によってほぼ一元的に進められてきた精神保健福祉は、法律の事務分掌をもとに、保健(健康づくり)と障害者福祉等で分離して扱われるようになり、さらに介護保険法、自殺対策基本法、児童虐待防止法、発達障害者支援法等を加えて、さまざまな法律を所掌する部門の中に、分散して存在する時代を迎えている。このような中では、市区町村において、精神保健福祉の専門職を育成することによって、自治体業務の幅広い分野で精神保健の問題をかかえた人への配慮が行われることが期待される。

また自立支援協議会は、障害福祉に係る関係機関が情報を共有し、地域の課題解決に向け協議を行うための会議であり、平成22年4月現在で75%の市町村に設置されている。本事業における市区町村調査の結果、平成23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箇所(85.4%)、「人口10万以上30万未満」51箇所(96.2%)、「人口30万人以上」22箇所(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箇所(16.3%)、「人口10万以上30万未満」10箇所(19.6%)、「人口30万人以上」6箇所(27.3%)であった。「協議会委員で関与」していたのは、「人口10万人未満」128箇所(56.9%)、「人口10万以上30万未満」29箇所(44.2%)、「人口30万人以上」11箇所(50.0%)であった。地域の精神保健福祉資源の確保や課題の集約等の貴重な機会になりうるのが自立支援協議会であり、保健所からも精神保健福祉の課題が十分に扱われて行くよう積極的に関与することが望まれる。

2. 精神保健センター(以下、センター)

精神衛生法改正(1965)によって都道府県に設置が進められてきた精神保健

福祉センターは、精神保健福祉法改正（1999）によって、都道府県と指定都市に必置の機関となった。「精神保健福祉センター運営要領」には、①企画立案、②技術指導及び技術援助、③人材育成、④普及啓発、⑤調査研究、⑥精神保健福祉相談、⑦組織育成、⑧精神医療審査会の審査に関する事務、⑨自立支援医療（精神通院医療）及び精神障害者保健福祉手帳の判定が挙げられている。

3 精神科医療機関

保健所と精神科医療機関との連携は、精神疾患を発病したケースが医療とつながる段階から、ある程度病気が安定し、社会復帰するまで長期間にわたる。保健所には、医療機関と関わりながら精神障害をもつ人の地域移行を達成するために、様々な関係機関の連携を進める役割が求められる。管轄内の各精神科医療機関で、まず初めに受診や入院の相談を受け付ける窓口がどこで、担当のスタッフが誰なのか？については平時から把握し、協力関係を構築しておくことが必要である。

① 療導入の必要なケース

保健所への相談事例の中には、本人を支援できる家族がおらず、医療保険に加入していないまま、長期未治療で放置されてきたケースも少なくない。また支援に必要な情報が乏しい中で、何をすればよいのか悩まされるケースも多い。より手厚い支援を必要とするケースほど、初期段階において得られている情報は少ないというジレンマは、常に保健所の精神保健福祉業務には存在し、その中で根気強くケースの生活史や生活支援のための情報を入手していくための努力が必要であることを心得ておく必要がある。

② 入院中・通院中のケース

保健所が関わり医療を受けられるようになったケースに関しては、その後の

経過のモニタリングを行うことが望ましい。退院が近づいてきたら、退院後の支援体制を話し合うための会議（自立支援促進会議等）の開催に協力する。

4. 相談支援事業所・地域活動支援センター

障害者自立支援法において、相談支援事業は、地域生活支援事業において地方自治体の必須事業とされ、障害者（身体、知的、精神、発達）の総合的な相談を行う。市町村は相談支援事業を指定相談支援事業者に委託できる。さて、本事業における市区町村調査の結果、障害者自立支援法に関連した施設・活動のうち、市区町村に活動拠点があるものの箇所数は、管轄地域の人口規模によって顕著な差があり、人口規模の小さい市区町村では管内の社会資源は乏しかった。また相談支援事業所には、精神障害を以前から対応してきた事業所も含まれているものの、精神障害者以外を中心に対応してきた事業所も少なくない。相談支援事業所単独での支援には限界があることから、保健所においては、市町村と協力しながら相談支援事業所を支援することが必要である。

平成24年4月から、指定特定相談支援事業所は市町村長が指定し、指定一般相談支援事業所は都道府県知事が指定することとなった。指定特定相談支援事業所がサービス利用計画を作成し、指定一般相談支援事業所が地域相談支援を行う。これは障害福祉サービス利用対象者の大幅な拡大と地域相談支援の創設を踏まえ、相談支援の提供体制の量的拡大を図るためにあるとされている。保健所や市町村は、相談支援事業所がどのような業務を行なっているのか、職員の負担や課題はどのようなものかをモニタリングしていくことが望まれる。

5. 教育機関

教育機関との連携は、不登校、ひきこもりや自傷行為や自殺、児童虐待などの

問題が注目を集める中で重要性が増している。例えば、リストカットなどの自傷行為は中高生などの若年者で大きな問題となっている。教育機関には精神保健の知識も十分共有されていないこともあり、保健所の協力は重要であろう。

教育機関と保健所の連携が必要となつてきているのが、不登校の情報把握である。中学校卒業により義務教育が終了した時点、高校卒業後、大学卒業後等の節目で、それまでの支援が途切れてしまい、情報が伝わらなくなることが課題となっている。

教育機関との連携としては、①教育機関と保健機関が一同に会する機会を捉えて教育と保健機関の情報交換を行なう、②ひきこもり、虐待、自傷行為等についての研修会に保健機関、教育機関への参加を呼びかける、③不登校事例で注意を要する事例をきちんと引き継ぐ、等の工夫を考える。

児童・生徒の経験する精神保健の問題は、発達障害、児童虐待、不登校、親のかかえる精神保健の問題等、きわめて多様である。児童、生徒本人の問題だけではなく、家族全体の抱えている問題が子供に表面化している場合も少なくない。そして家族の問題は、子供が幼少の頃から持続していることも多い。このため、より早期の対応を行なうためには、母子保健、児童福祉との連携を視野に置く必要がある。

VII. まとめ

保健所はこれまで地域精神保健福祉の中核的な役割を担ってきた。本稿で取り上げた点も含めて、今後もさまざまな課題に取り組むことが保健所には求められている。また災害対策等との連携も視野に入れながら、より広い視点で地域精神保健医療福祉活動を構成していくことが、これから保健所の責務である

う。地域の関係機関との連携のあり方、資料3で後述する保健所の強み等も踏まえて、保健所の機能強化のための見取り図を図5に示した。保健所がこれまでに培ってきた相談・訪問のノウハウ、精神保健福祉の専門技術と関係機関との連携ネットワークは保健所の貴重な資産である。これらの強みを踏まえるとともに、精神保健医療福祉の趨勢を理解することによって、今後の保健所の機能強化は可能になると思われる。また今後の地域精神保健福祉活動は、市町村と保健所の密接な協力関係のもとに展開していくことが期待されるが、これに必要な人員体制を算出することも求められる。

VII. 資料

資料 1 精神保健の動き

1. 国の動き

厚生労働省では、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(2004)における「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本の方策を更に推し進め、精神保健医療福祉施策の抜本的見直しのための改革ビジョンの後期 5 年の重点施策群の策定に向けて、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」を開催して検討を行い、「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(2009)を取りまとめた。また平成 22 年 6 月の閣議決定「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」を踏まえて、平成 23 年 1 月から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、保護者制度の見直しについては平成 24 年内を目指して結論を得ることとしている。

このように精神障害者政策についての議論はここ数年盛り上がりを見せているが、それには当事者の政策決定への参加という要素が大きく影響していると思われる。地域精神保健医療福祉活動の今後のあり方や、保健所の役割についても、この文脈の中で捉えていく必要があると思われる。

2. 多様化するメンタルヘルスの状況：支援の必要度、可視性から見たメンタルヘルスの諸問題

今までの精神保健医療福祉施策は、統合失調症をモデルとして組み立てられてきた。もちろん統合失調症は、今後とも最も重要な精神保健医療福祉施策の課題であることは変りないが、その一方で統合失調症モデルでは対応できない様々なメンタルヘルスの課題が重要性を持ってきている。また統合失調症にし

ても、治療中断が多いことはこれまで知られていたが、治療中断者の地域における支援については十分に検討されてこなかった。さらに児童虐待がメディアの注目を集めているが、精神保健医療においても、虐待が児童に与える深刻な影響が明らかになってきている。そして虐待は児童に限らず、認知症などの高齢者やその他障害者に対しても少なくないことが明らかにされてきた。

発達障害もここ 10 年ぐらいの間に理解が進み、これまで統合失調症等の精神障害者と見なされてきた事例の中に、発達障害の事例が少くないことが分かってきた。発達障害は統合失調症とは異なった対応が必要となる。

ひきこもりの問題も注目を集めており、平成 22 年には「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」が公表されている。ここでひきこもりとは「様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には 6 カ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしていてもよい）を指す現象概念」と定義され、その背景には、精神障害、発達障害が多いことも分かってきた。

また認知症等支援が必要な高齢者に対して、介護保険サービスが行なわれているが、地域精神保健医療活動による支援も課題となっている。

社会問題となっている自殺については、精神障害者が自殺既遂者のうち 8 から 9 割に上るとの報告が多い。しかし、これらの当事者も精神科医療を含む様々な支援につながらないまま、自殺既遂に至るケースが多いと思われる。

こうした人たちに共通するのが、支援の必要性は高いにもかかわらず、うまく支援にアクセスできない傾向である。こ

れらの人たちは受診を前提とした支援体制では明らかに不十分であり、支援者側が支援ニーズを見いだし、積極的に支援を提供することが求められている。図3で示したように支援の必要性と支援ニーズの可視性は異なった座標軸で考えられなければならない。

3. パーソナリティ障害、アルコール依存、薬物依存など

パーソナリティ障害や依存症もまた精神医療の場面で大きな問題となっている。特にパーソナリティ障害の当事者に対しては、受容的な接し方だけでは支援者に依存的になって、治療関係が膠着状態に陥ってしまうことがあり、医療の場から避けられてきたところがあった。しかしながら、このような人たちは自殺のリスクが非常に高く、支援の必要性が高い。また最近ではこのような人たちに対して「弁証法的行動療法」などが開発されてきている。

以上のような人たちは、医療場面での対応の工夫もさることながら、自ら受診しない人たちを地域で支える体制、その人たちが必要な時には適切に医療機関につなぐ体制が求められている。すなわち、これまで以上に病院と地域との連携協力体制が求められているということができる。保健所など地域支援を行なう機関でもこのような対象に対する支援方法を研修などから学ぶことが望ましい。

このようにメンタルヘルスのニーズの変化は、様々な局面で出てきているが、それは医療機関に受診するという方法だけで解決できるものではない。その当事者のかかえている課題がどのような意味を持っているのかを理解してニーズに合わせて必要なケアを提供していくことが必要であろう。図4は精神障害者の危機事象がさまざまな要因が重なりあって出てくるものであることを示

している。

資料2 精神科リハビリテーションの最近の考え方：

リカバリーを目指した精神科リハビリテーション

「精神疾患をもつ人の治療・支援のゴールは、病気の治癒ではなく“リカバリー”である」という考え方とは、精神保健福祉の現場でおおむね定着してきた感がある。精神科リハビリテーションはリカバリーへの道であり、その道のりを当事者がスムーズに歩んでいけるように支えることが、援助者の役割である。しかし、「リカバリーとは何か?」という問い合わせに対する具体的な答えは、立場により多少は異なるものとなる。

臨床家や研究者は測定可能な客観的な指標をもとにリカバリーを定義する傾向にある。リバーマン Liberman RPは「精神障害と回復—リバーマンのリハビリテーション・マニュアル」の中で、リカバリーには、①診断上ほとんど症状が見られない状態が維持されること、②仕事などの年齢に見合った役割を担える活動に、十分もしくは部分的に関与していること、③家族や世話人に依存せずに自立し、日々の必要なことについて自分で責任をもって生活していること、④思いやりのある家族関係があること、⑤普通の場での余暇活動に参加していること、⑥積極的な交友への参加、仲間同士のよい関係が維持されること、等が必要であるとし、そのような条件が2年以上継続していることを「回復した状態」と定義している。

一方で当事者の立場に立てば、リカバリーにおける主観的な要素が欠かせない。それは将来に対する希望や社会的役割を得ることによる充足感、精神障害に対するステigmaの軽減や権利の擁護、セルフヘルプを通じた安心感などであ

るだろう。なによりリカバリーは「障害をもつ人自身が行うこと」であり、病によって失った希望や自尊心を再び取り戻す挑戦を始め、意義ある人生の目標を達成していく“プロセス（過程）”であるという点は忘れてはならない。

自ら精神の障害をもつデーガン Deegan PE は 「Recovery - The lived experiences of rehabilitation」の中で、「リカバリーは過程であり、生き方であり、構えであり、日々の挑戦の仕方である。完全な直線的過程ではない。ときに道は不安定となり、つまずき、やめてしまうが、気を取り直してもう一度始める。必要としているのは、障害への挑戦を体験することであり、障害の制限の中、あるいはそれを超えて、健全さと意志という新しく貴重な感覚を再構築することである。求めるのは、地域の中で、暮らし、働き、愛し、そこで自分が重要な貢献をすることである。」と述べている。

このようにリカバリーは、当事者と支援者の双方にとって共有できる概念として、現在の精神科リハビリテーションにおいて、その重要性は次第に増している。リカバリーの考え方が現場に浸透するにつれ、支援を行う者には、肯定的で受容的な態度が求められるだけでなく、当事者の“希望を喚起する”ことができるスキルも求められるようになってきたことを認識しておくべきであろう

資料 3 これからの保健所業務と歴史

1. 保健所活動の強み（情報と権限とネットワークの活用）

①精神保健医療福祉に関する情報

保健所は、精神保健に係わる情報を豊富に持っており、それらを活用することができる。精神科医療の状況については、病院ごとの在院患者の状況、平均在院日数等が、各種の報告から得られる。さらに、関係機関から相談や報告を通じて、

精神保健福祉による支援が必要な住民の情報が得られ、死亡個票からは、精神疾患を持つものの死亡の状況も一部把握できる。地域福祉資源の情報も、市町村や自立支援協議会、そして障害福祉計画等から得ることができる。このように、保健所は、精神関連情報を把握できる立場にあるが、これらを関係者の協力を得て、有効に活用することが期待される。

②権限

精神科病院の実地審査と精神科病院実地指導には、国の要項で保健所職員の参加が求められており、自治体によつては、その権限を保健所長が持っている。この指導は、事前通告無く行うことも可能であり、実施指導によって、精神保健法上や診療報酬請求上の重大な違反事項が発見されることもある。また指導時には、患者への面接も可能であり、地域移行対象者を直接把握し、地域移行推進への病院の協力を求めることもできる。それ以外にも、措置や移送のための面接や診察実施のための判断を行うのも保健所であり、アウトリーチ推進事業で入院を防いで在宅生活を継続するための判断への関与も期待される。さらに、平成 25 年度からの保健医療計画には、今までの 4 疾病に精神疾患が加えられるため、保健所の業務として圏域内の精神保健医療福祉にかかる計画づくりが期待される。

③ネットワーク

保健所は、上記の情報と権限をもって、管内の精神科を含むあらゆる医療機関と常に接触を持っており、市町村とも、各種事業を通じて日頃からの関係性を持っている。保健、医療、福祉にわたるネットワークづくりは保健所の最も得意とするところであるが、このようなネットワークを活用し、精神障害者の地域生活支援や就労支援のための関係者の会議を開催することが求められている。

しかし現状では、精神障害者の地域生活を支えるための生活費（生活保護や年金）、住居、活動の場、ピアサポート等は、医療、福祉に係わる各機関がそれぞれ個別に関わっており、総合的には提供されていない。一部の地域では、精神科病院が、医療だけでなく福祉サービスも提供しているが、必ずしもサービスが地域全体で共有されているとは限らない。今後の展開として、地域サービスの共有化や総合的なケアマネジメントの手法によって、当事者のニーズに基づく支援計画の立案が期待される。

2. 精神保健福祉制度の歴史

精神衛生法の制定（1950）以降の精神保健福祉制度の改正経緯を表1にまとめた。精神衛生法（1950）は精神科病院の設置を都道府県に義務づけており、私宅監置を廃止して精神障害者の適切な医療・保護の機会を提供することをめざした。精神衛生法改正（1965）では、保健所は精神保健行政の第一線機関と位置づけられ、精神衛生センターが設置されることになった。また通院医療費公費負担制度が新設された。1966年には、「保健所における精神衛生業務運営要項」が示された。精神保健法改正（1987年）は、宇都宮病院事件をきっかけとして、国内外から日本の精神医療体制における人権侵害への批判が高まり、法改正が行われたものである。精神保健福祉法改正（1995年）は、障害者基本法（1993）の理念をうけたもので、新たに精神障害者保健福祉手帳制度が創設され、社会復帰関連の施設や事業が法定化された。

障害者自立支援法（2005）は、①身体、知的、精神障害のサービスの一元化、②サービス提供主体の市町村への一本化、③支給決定手続きの明確化、④就労支援の強化、⑤安定的な財源の強化がポイントとされた。

参考資料

- 1) 全国精神保健福祉相談員会編：精神保健福祉相談ハンドブック.中央法規出版 2006
- 2) 特集「措置要件：自傷他害のおそれをどう診立てるかⅠ」.精神科治療学.16(7).2001
- 3) 特集「措置要件：自傷他害のおそれをどう診立てるかⅡ」.精神科治療学.16(8).2001
- 4) 西山 詮 精神保健法の鑑定と審査 - 指定医のための理論と実際 -. 新興医学出版社. 1991

手引き製作委員（○は代表者）

- 野口正行（岡山県精神保健福祉センター）
岩田和彦（大阪府精神科医療センター）
馬場俊明（北海道岩見沢保健所）
柳尚夫（兵庫県洲本保健所）
眞崎直子（日本赤十字広島看護大学）
金田一正史（千葉県障害福祉課、現千葉県精神保健福祉センター）
的場由木（NPO 法人ふるさとの会）
編集協力：竹島正（国立精神・神経医療研究センター精神保健精神保健研究所/全国精神保健福祉連絡協議会）

図1 入院病床数の国際比較

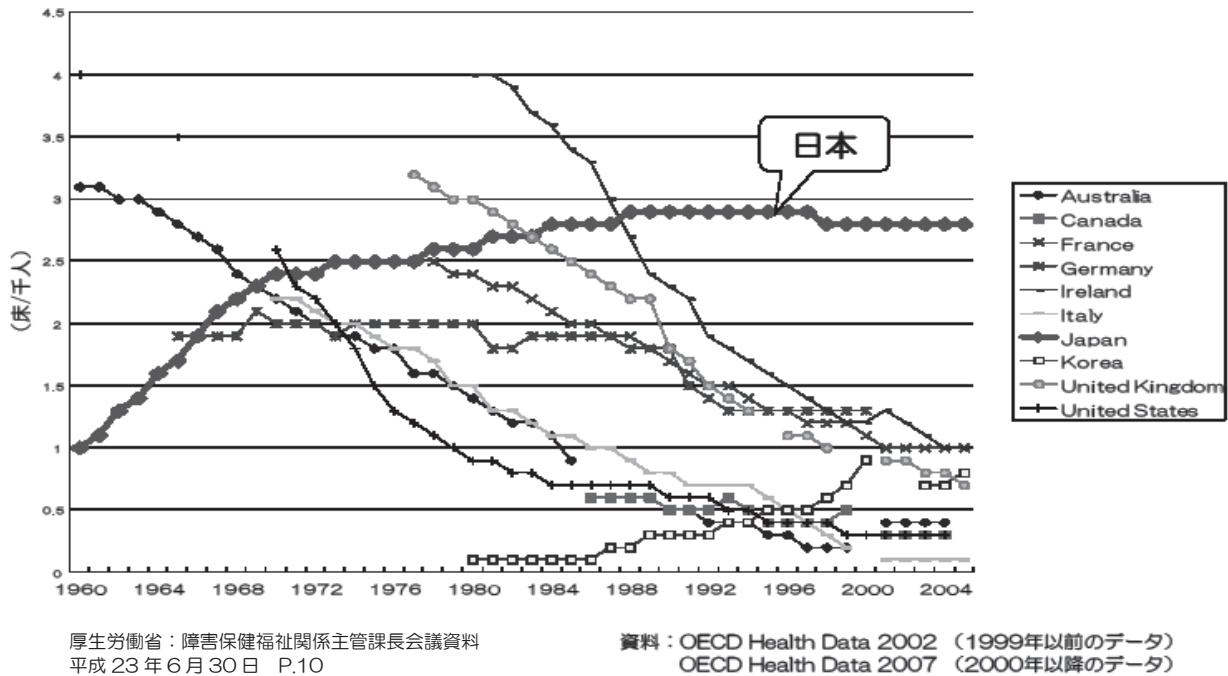
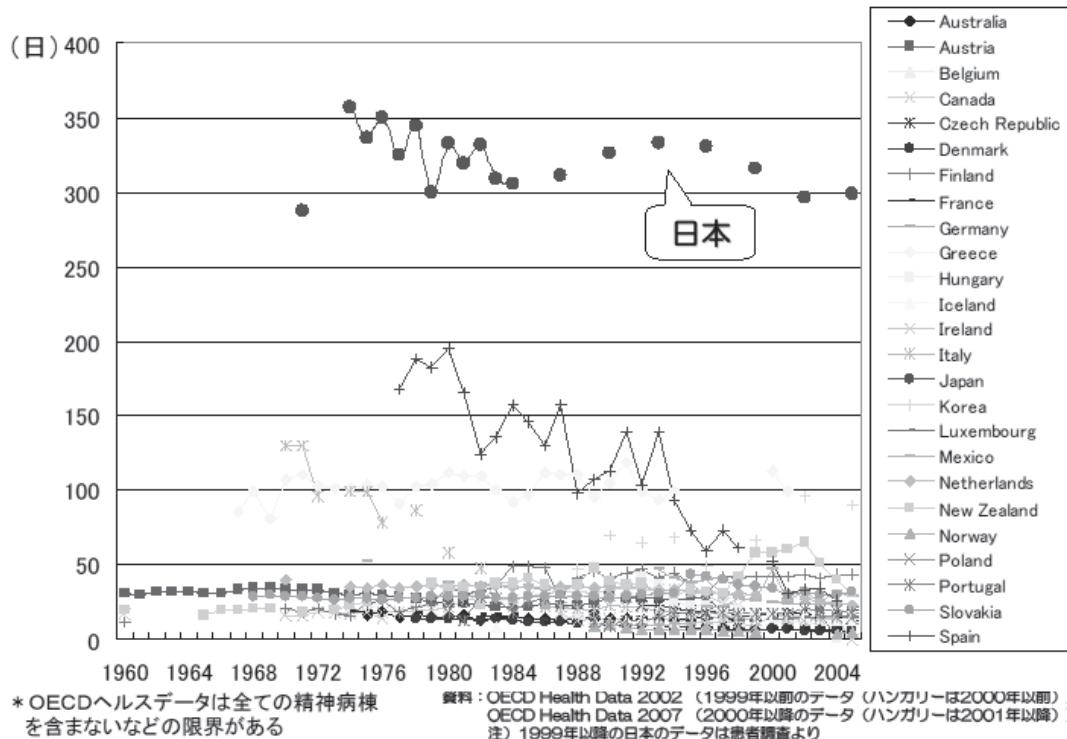
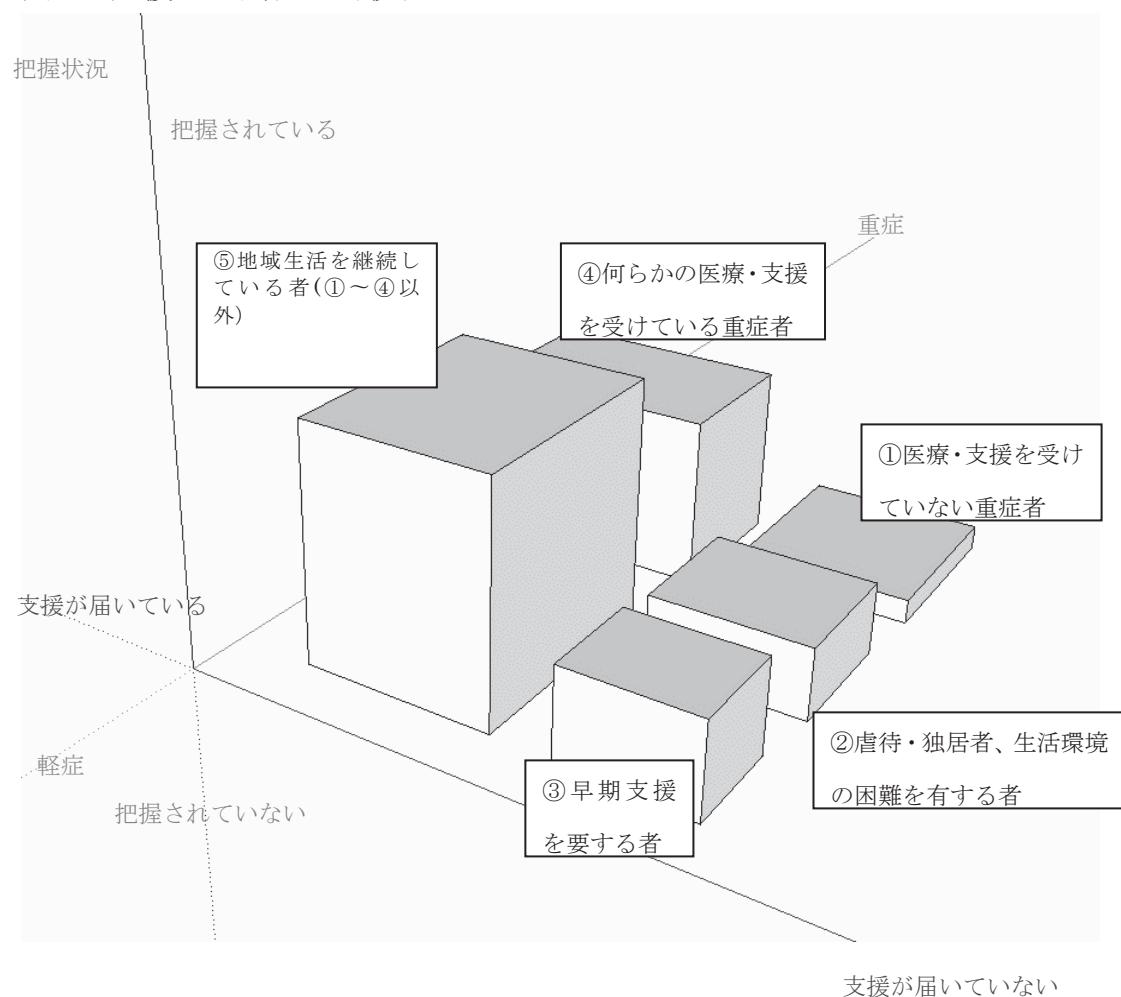


図2 平均在院日数の国際比較



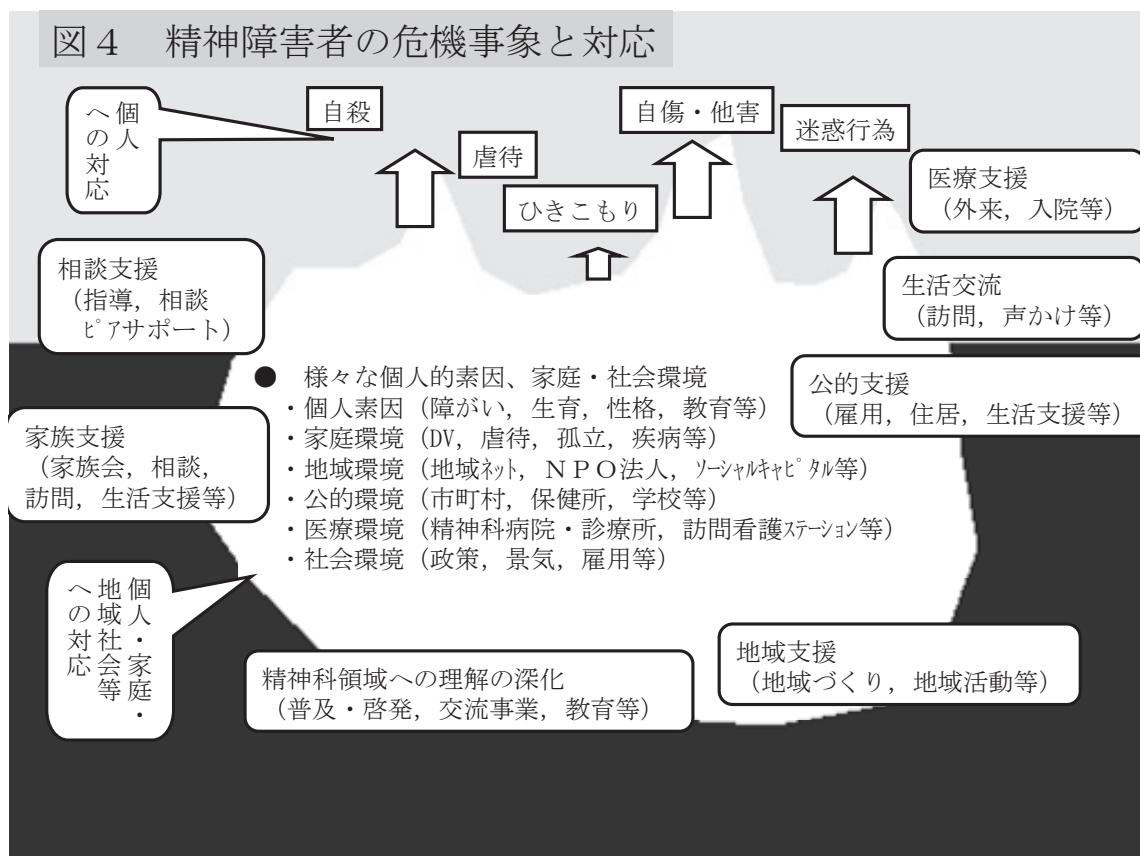
厚生労働省：第5回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料による

図3 支援の必要性の可視性



精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン 平成22年3月による

図4 精神障害の危機事象



精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドラインによる

図5 保健所の課題と機能と今後の機能強化のための見取り図

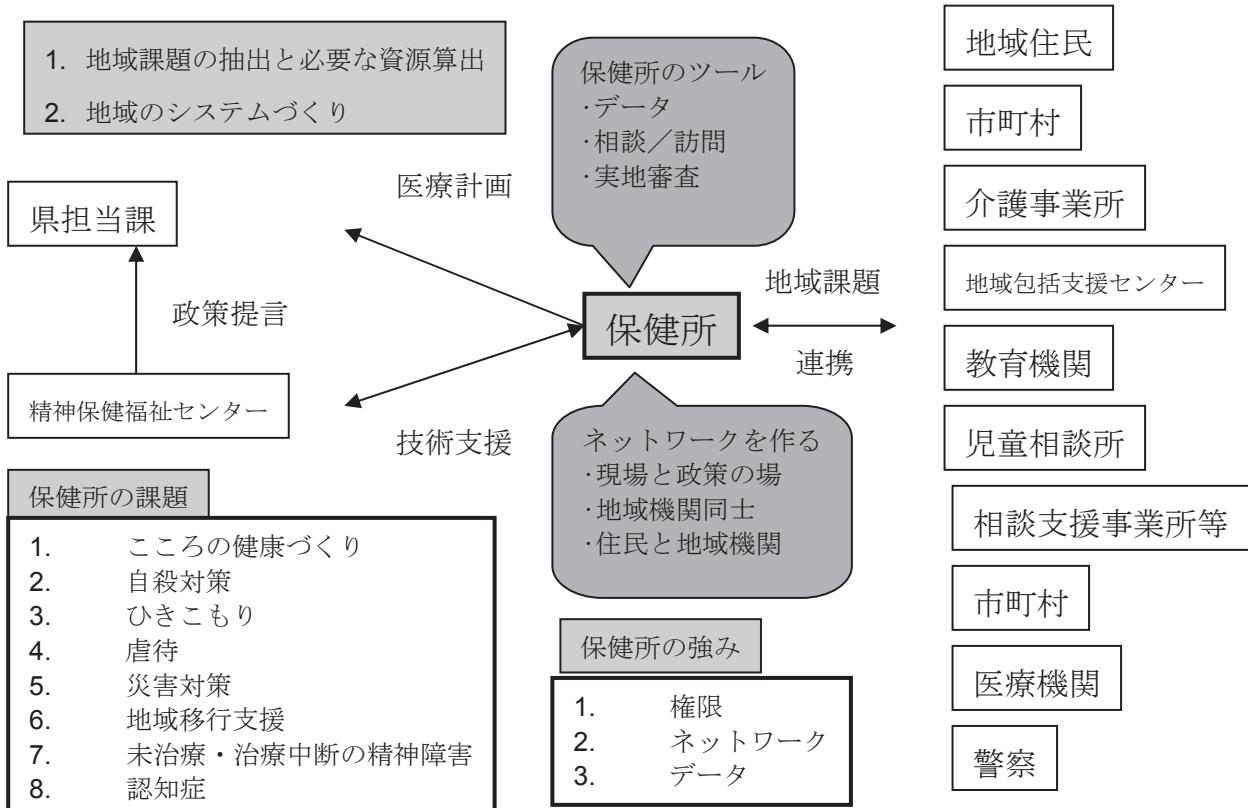
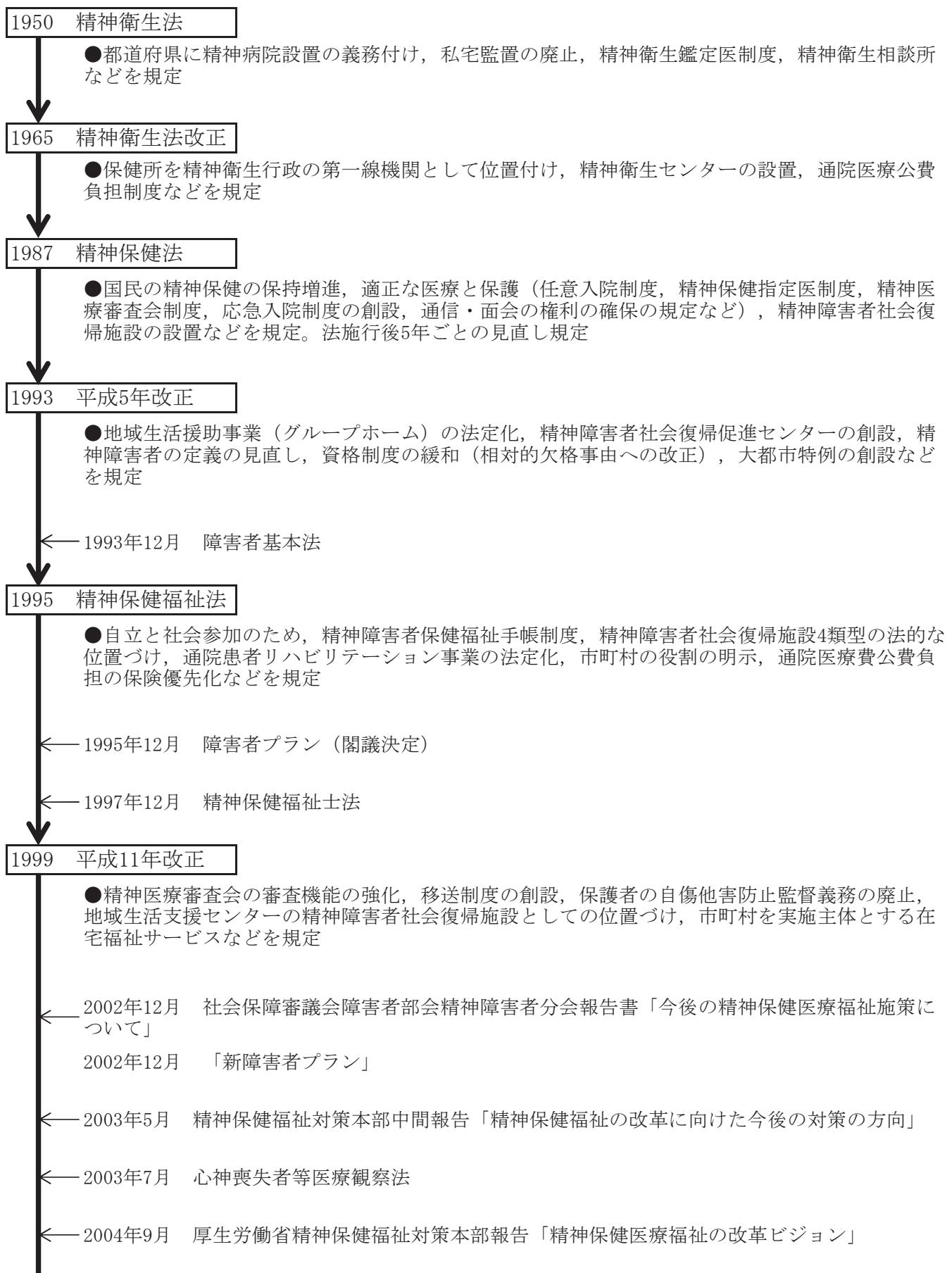
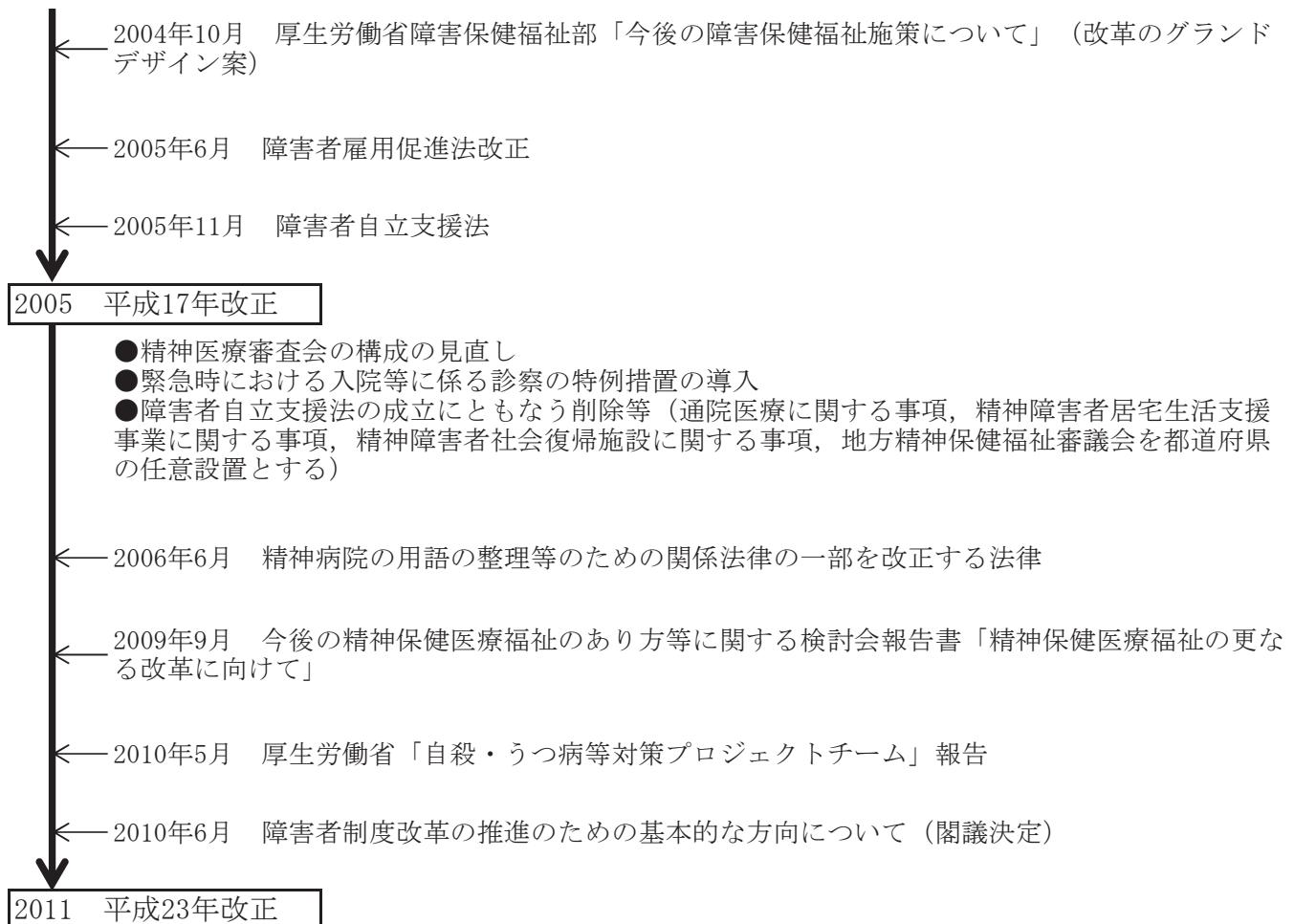


表1. 精神保健福祉制度の経緯





「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

【 目 次 】

I 作業部会の目的と方法	85
II. 「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」に関する課題や論点等	85
1. 論点項目	85
2. 論点項目と検討課題	85
III 現地調査・ヒアリング調査	90
1. 現地調査・ヒアリング調査の目的	90
2. 現地調査・ヒアリング調査の事前準備	90
3. 現地調査・ヒアリング調査の方法	90
4. 現地調査・ヒアリング調査内容	91
5. 現地調査・ヒアリング調査のまとめ	92
6. 現地調査報告（詳細）	95
6-1 福島県会津保健福祉事務所（会津保健所）、喜多方市役所、西会津町役場	95
6-2 福島県県中保健福祉事務所（県中保健所）、田村市	100
6-3 宮城県東部保険福祉事務所（石巻保健所）、石巻市、女川町	104
6-4 宮城県 仙台市精神保健福祉総合センター（はあとぼーと仙台）	113
若林区保健福祉センター（若林保健所）	113
6-5 岩手県沿岸広域振興局宮古保健福祉環境センター（宮古保健所）、宮古市	117
IV 作業部会班員名簿	121
参考資料	121
1. 現地調査ヒアリング用シート（保健所用）	121
2. 現地調査ヒアリング用シート（市町村用）	125

I 作業部会の目的と方法

当作業部会は、平成8年1月19日健医発58号「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：業務要領）の課題や充実・強化すべきポイントについて検討・整理することを目的として事業を行った。その背景には、平成16年とりまとめられた「精神保健福祉改革ビジョン」のさらなる推進の他、平成25年度以降に導入が検討されている精神疾患の医療計画への追加、障害者生活総合支援法制定の検討等の制度上の変化とともに、平成23年3月11日に発生した東日本大震災への対応、自殺者の高止まりや処遇困難事例の増加等、地域精神保健福祉を巡る様々な課題が表面化していること等がある。

昨年度、「精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン：危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究報告書 別冊、平成22年度厚生労働科学研究費補助金：多田羅班」（健康安全・危機管理対策総合研究事業）で整理したように、これらの表面化した精神保健医療に起因すると思われる様々な事象は、その背景に家庭、地域、関係機関・団体等との関係といった複合的要因があり、健康危機への対応は平時の地域保健活動と密接に連動している。

本作業部会では、以上述べたような背景やこれまでの研究班の検討結果を踏まえ、自然災害等の健康危機時に発生する特有の課題とともに、平時の精神保健医療福祉体制の課題やひずみが増幅していくと言った観点から業務要領の改訂に資するための論点を抽出・整理するといった方法で作業を進めた。今回は東日本大震災の被災地の現地調査、さらには現地調査や作業部会班員との議論と日常の地域精神保健福祉活動等を踏まえた論点整理の2つの方法で調査検討し、その結果を本報告書に取りまとめた。

II. 「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」に関する課題や論点等

1. 論点項目

業務要領に記載されていたこれまでの項目に、新たな視点として検討すべき7つのキーワードを作業部会で抽出し論点として検討・整理した。

- (1) 中核市型自治体
- (2) 心の健康の保持・増進
- (3) 自殺対策
- (4) 自然災害
- (5) 医療計画
- (6) 児童虐待
- (7) 精神障害者の地域移行支援

2. 論点項目と検討課題

以下の7つの項目ごとに保健所、市町村の現状と課題を踏まえ、今後検討すべき機能と役割について、整理する必要があるものを以下に列記した。

(1) 中核市型自治体

① 中核市型保健所と都道府県施策との関係

自殺対策や危機時のアウトリーチ、入院、地域ケアといった総合的な精神保健医療福祉施策は、都道府県や2次保健医療圏域を単位とした広域的な対応を進めることができることから、都道府県施策との積極的な連携が必要である。そのためには、中核市型保健所においては、定期的に都道府県保健所との連絡会議を開催するなどして、都道府県との情報共有や連絡調整、また、精神保健福祉施策の課題等について協議を行う機会を設けるとともに、関係機関・団体や地区組織の育成等に関しても、必要に応じて、都道府県保健所及び都道府県精神保健福祉センター等と連携を図りながら行う必要がある。

② 市（所属する自治体）全体における精神保健医療福祉体制における保健所の役割

自治体全体で、地域移行等、市町村障害福祉施策と密接に関係した事業を行うため、中核市型保健所においては保健所だけではなく、市町村障害福祉部局、市町村自立支援協議会等との連携を図りながら総合的な

施策を推進することが期待される。中核市型保健所における自治体全体のなかでの位置づけを検討しておくことが望まれる。

③ 緊急入院を必要とする事案における中核市型保健所の役割

現在の精神保健福祉法は、中核市型保健所を想定したものとは言い難いため、措置診察業務についても通報を受理する中核市型保健所と措置診察を実施する都道府県等との間で積極的な連携が必要である。今後は日頃の対象者支援を担うのが中核市型保健所であることから、措置診察の実施についての制度点検が必要。また、医療保護入院のための移送についても同様である。

④ 人材確保と資質の向上

地域における新たな課題等に対応するため、中核市型保健所においても、精神科医、精神保健福祉士、臨床心理技術者を中心とした精神保健福祉関連の専門職の複数配置と多職種によるチームアプローチの推進が望まれる。保健所職員の研修等に関しても、必要に応じて、都道府県保健所、都道府県精神保健福祉センターと協働して実施することなどにより、資質の向上を図ることが望まれる。

(2) 心の健康の保持・増進

① 心の健康の保持・増進に関する保健所機能の強化

これまで、地域精神保健福祉対策の最重要課題のひとつとして取り組みが進められてきた心の健康の保持・増進について、保健所の重要な施策の一つとして位置づけることが望まれる。その背景には、誰もが心身ともに健やかであることといった健康に対する関心の高まり、生活環境や産業構造の変化の激しさや複雑さにより精神的ストレスが増加し、精神的疲労やストレスを感じている人が増加傾向にあること、そして、このたびの東日本大震災の発災後の広域・長期的な心のケアやストレス等の存在がある。大災害時などにおける心のケアを含めた心の健康づくりについて、保健所が果たす役割を強化する観点で、あらためて整理し明記する必要がある。

② ライフステージに応じた心の健康づくり

母子保健から始まり、成人・高齢者保健といったライフステージに応じた心の健康づくりについて、学校保健、産業保健等各分野と連携して推進されるよう、意識啓発及び普及の強化を図り相談指導体制を充実する中核として保健所の役割を検討する必要がある。

③ 心の健康づくりを支援する体制の整備

- ・ 市町村における心の健康増進推進体制の整備と役割の強化を図るとともに、支援する保健所の役割を検討し、心の健康づくりに関わる広域的、専門的ネットワークづくりを推進するための機能についての検討。
- ・ 医療機関の心の健康づくりへの取組みを推進し、普及啓発と健康教育を充実するための役割。
- ・ 相談窓口の充実および周知の徹底強化とともに相談窓口間の連携体制を整備し、相談・指導体制の充実。
- ・ 専門職種の配置と資質の向上、メンタルヘルスボランティアの養成などの人材育成を推進する機能。

④ 既存体制のニッチ（隙間）の分野における体制の整備

社会的ひきこもり、認知症、境界域人格障害、零細企業に従事する労働者のメンタルヘルス対策などについての保健所の役割と機能。広域的、専門的ネットワークを推進する立場から、教育や労働などの各分野との関係についての検討の必要性。

(3) 自殺対策

① 地域の実態把握

地域における自殺対策を推進していく上で、人口動態調査等による人口動態統計の活用以外に、警察、消防、救急医療機関、ハローワーク等地域の関係機関・団体の情報収集・解析・還元とともに、ネットワークの核としての保健所及び市町村、関係機関・団体の役割と機能について検討する必要がある。

② 自殺予防対策の実践と地域のネットワーク

- ・ 相談者およびその家族に対して、低強度認知行動療法等、質の高い相談が実施できるような専門的な研修を計画的継続的に実施するとともに、県精神保健福祉センターや精神科医療機関、雇用・司法・福祉機関等のその他の相談機関に対する技術支援及びそのネットワーク化に関する役割についての検討。
- ・ 心の健康及び自殺予防に関する知識の普及啓発に関して、市町村や民間団体等相談機関相互の連携調整を

ばかり積極的に実施する役割の重視。

- ・ 傾聴ボランティア、心のケアナース、一般診療科（薬局）－精神科連携等、「気づき、傾聴、つなぎ、見守り」の知識と技術を自殺対策に関するゲートキーパー等、人材育成及び助言指導等の支援のため、精神保健福祉センター等専門機関と連携を図り、研修、技術的助言等支援を実施する役割。

(3) 危機介入に関する役割

- ・ 自殺の危険性が高まっている相談者に対し、適切に対応できるようなアウトリーチ、24時間相談応需体制等の体制整備・関係機関相互の連携を担う部署についての検討。
- ・ 人材育成と人材活用のための地域ネットワーク体制整備を行う部署についての検討。

(4) 自殺未遂者・自死遺族等のケアに関する役割

- ・ 自死遺族等の心理的影響を緩和するための、求めに応じた相談体制・地域理解の進化、専門医療機関等への紹介等、連携体制。自死遺族の自主的組織の設立・支援の役割。
- ・ 警察や消防等の関係機関と連携下におけるグリーフケア等の知識・技術等の教育・研修。現場における活用、支援体制構築のための機能。
- ・ 再度の自殺予防のためのカウンセリング、モニタリング、相談支援するための実態把握と相談支援体制、ネットワーク構築。その評価と計画的推進の機能。

(5) 地域における総合的自殺対策

- ・ 自殺の代表的な要因として健康問題、経済問題、人間関係があるが、どのような要因であっても「自殺のサイン」に早期に気づき適切に対応できるよう、家庭、学校、職場を含め地域全体が自殺対策に関する正しい知識を持つ必要がある。国や都道府県、市町村、民間団体、地域住民等と協働して、自殺対策に総合的に取組んでいく役割を担う機関・その体制。
- ・ 心の健康づくりの技術拠点をどこにおくか。ライフステージ毎、障害の有無、雇用の有無等の保健医療福祉に関する関係機関・団体、関係部署とのネットワーク構築とその評価、運用。

(4) 自然災害

① こころのケア体制構築・維持の中核としての保健所の位置づけの明確化

平成23年3月11日、東日本大震災が発災し、被災地域の生活や地域のつながりなどすべての営みが大きな被害を受けた。この甚大な自然災害から学んだ経験を将来に生かすことができるよう、災害弱者、災害時要援護者となりうる精神障害者への支援はもちろん、心のケア体制や心の健康づくり計画推進等についての中核的役割を保健所が担う必要がある。改めて、地域における心のケア体制の中核としての保健所の役割と機能を検討し明記しておく必要がある。

② 被災を免れた被災地における精神保健福祉分野の中核的機能

- ・ 地方自治体および国と連携を図り、現地の担当者や住民等から情報収集を行い現状分析に基づく介入と対策について優先順位を決め、全国の医療福祉関係者やボランティアなどの派遣依頼、受け入れ態勢の調整と整備支援。
- ・ 避難所等における被災者の心のケア実施にあたり、医療機関、全国自治体等からの応援スタッフの連携調整の実施。また、心のケア活動の状況について、情報共有のための記録と情報提供を実施。
- ・ トリアージを含めた診療が実施できるよう環境整備、外部支援医療救助隊活動の補助業務。また、被害状況等によって「精神科救護所」の設置。
- ・ 精神科救急患者（措置診察対象者以外でも重篤な精神障害や身体合併症を有する事例等、緊急の診察が必要と考えられる事例）の診察について、医療機関との情報連絡。
- ・ 市町村等が実施する心の健康について助言指導のほか普及啓発媒体の提供。
- ・ 消防、警察、行政、保健医療福祉、教育など援助者・支援者の心のケアについて、専門機関と連携を図り実施する。精神保健福祉相談台帳などを活用し、在宅精神障害者の安否確認を市町村と連携を図り実施。

③ 被災地における精神科医療確保

- ・ 精神科医療機関の被災状況についての情報収集、患者の受け入れについての連絡調整。
- ・ 精神科がない地域への避難者に対する精神科救急医療の確保に関する連絡調整。医師会、薬剤師会等関係

機関と連携した対応。

- ・ 広範な地域における精神医療について、災害発生からの時間経過とともに変化する病態（発生初期：通院中断した患者の治療継続、パニックなどの重度の不安障害など、1～2週間以降：ストレスおよびストレス関連疾患など）に応じた精神科医療体制の整備。
- ・ 精神保健福祉相談台帳などを活用した在宅精神障害者の安否確認や服薬継続支援などの実施。
- ・ 在宅精神障害者の生活支援について、市町村、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、相談支援事業所等の連携調整を実施する。
- ・ 繼続的地域精神保健医療福祉体制構築のための地域の中核的機能。

④ 被災地域全体の心のケア体制の構築と評価・支援

被災地域全体の心の健康の回復支援に対し、高齢者、独居の精神障害者、PTSDを持つ子どものケアなどのいわゆる災害弱者はもちろん、地域住民全体の多岐にわたり地域組織の構築・支援、人材の育成・支援、地域のネットワーク化、地域の心の健康づくり計画等を通じて、被災地域の心の健康の回復に中長期的に関わっていく中核的機能やその役割。

(5) 医療計画

① 医療計画における保健所の役割と機能

医療計画に定める疾患として、新たに精神疾患が追加される。このため、障害福祉計画や介護保険事業支援計画との連携を踏まえつつ、精神疾患の病期や個別の状態像に対応した適切な医療体制を構築し維持するために保健所が行うべき業務をあらためて整理し明記する必要がある。

② 精神疾患の発症予防及び早期発見・支援

- ・ 精神保健に関する悩みや訴えについて適切に相談支援を実施する体制の充実。心の健康増進や正しい知識・対応等についての普及啓発の役割。
- ・ 情報の把握・収集、相談応需体制、アウトリーチを含む相談支援体制を実施し、早期の受診に結びつくような地域連携体制の構築。そのための人材確保と育成。

③ 医療連携体制構築に関する機能と役割

かかりつけ医一精神科専門医の連携強化。精神科以外の診療科における精神疾患患者への対応力向上に努めるとともに、適時適切な時期と方法で精神科専門医につながる連携体制の構築。

④ 地域生活支援のための地域ケア体制構築の機能と役割

- ・ 退院調整における住居確保や日中の居場所確保などについて、医療機関や市町村等関係機関との連携し連絡調整を行い、安心して患者が退院できるよう総合的な支援体制。
- ・ 地域における服薬継続や生活の安定のため、医療機関、訪問看護ステーション、相談支援事業所等関係機関と連携を図り、訪問指導を実施する。
- ・ 医療中断者の治療再開に果たすための相談支援体制。自宅における生活を継続する中で通院を中断し、地域で問題行動などを起こさないような対応、そのときの連携体制。

⑤ 急性増悪期の機能

精神科救急システムと連携し、24時間365日精神科救急医療を提供できるよう相談体制の整備、評価。システムの改善を含めた機能の検討。

(6) 児童虐待

① 児童虐待に関する地域精神保健分野の位置づけの整理・検討

虐待する親に精神科での治療歴がある、あるいは精神科受診が必要と判断される場合が少なくなく、家族関係再構築に向けての支援のスタートのひとつとして精神科の診断と治療が基本となる場合がある。このような支援を効果的に行うための保健所の、児童相談所など専門機関との連携下における市町村支援体制の充実。

② 母子保健とメンタルケアの連動

虐待の背景のひとつに育児不安が指摘されていることから、虐待防止と早期介入には適切な育児支援が重要となる。市町村、児童相談所等と保健所との連携、児童総合相談所との連携、保健師等専門職種資質の向

上等、地域精神保健に関する母子保健、児童福祉、障害者対策等との連携のあり方に関する検討の必要がある。その役割と機能について検討する必要性。

(7) 地域移行

① 精神障害者の地域生活への移行支援及び地域生活定着に関する機能・役割

精神障害者の希望に添った生活の実現に向け、精神科病院等との連携の下、地域生活への移行を促進するとともに地域生活が継続できるような支援体制の構築。そのためには、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の定着に向けた圏域内の調整及び連携を推進するとともに、市町村、精神科病院及び関係機関に対して積極的な情報周知と働きかけを行う保健所の役割について検討する必要がある。

② 関係機関団体との連携体制

自立支援協議会等を活用した市町村相談支援事業者等関係機関とのネットワークを形成すると共に、圏域における必要な事業や資源の点検・開発に関する中核的検討。

③ 広域圏域における地域移行支援

障害保健福祉圏域を超えた課題や対応について、関係機関・団体と連携を図りながら支援をコーディネイトする機能。

④ 情報収集と評価・情報提供

精神障害者、家族会、地域の資源、地域住民の理解や行動、入院・通院患者数等の状況について情報把握と提供情報提供に関する機能。都道府県等がまとめる精神保健福祉資料（630調査）や都道府県等が実施する精神科病院に対する実地指導や医療機関への立ち入り検査等と連携し、管内の精神科医療機関の長期入院の状況等の情報収集と地域移行への支援・地域生活の定着等についての連絡・調整・企画との連動機能。

⑤ 人材確保と育成・活用

ピアソポーターを含む人材の活用。

III 現地調査・ヒアリング調査

1. 現地調査・ヒアリング調査の目的

平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災発災後、約 1 年が経過し（平成 24 年 2 月末現在）、危機時の対応や体制等についての検証が行われつつあるが、そのなかで、被災地の保健所や市町村等に係者から健康危機管理と平時の地域保健活動は密接に連動しており、精神保健医療分野を含め、危機時における保健医療福祉対策は日頃の保健所と市町村の業務等を通じた相互関係が重要であったという指摘や意見が多く聞かれている。また、東日本大震災等の危機発生時における健康危機管理と、日頃の保健所や市町村が実施している地域保健活動の関係を調査・検討しておくことは、予防から早期発見・支援、医療連携、地域ケア体制の推進と評価といった地域精神保健医療福祉の総合的推進を図る観点から重要である。

そのため本事業において、東日本大震災により被災した地域、あるいは周辺地域の保健所や市町村を対象として作業部会班員が被災地保健所・市町村の係者との協力を得て現地調査・現地ヒアリング（以下：現地調査）を行うものである。現地調査の内容は保健所管内の精神保健福祉に関する基礎データの他、地域精神保健医療福祉に関する平時の対応・連携体制、今回の震災での新たに発生した課題、あるいは増大した危機時の対応・連携体制に関する課題、及び今後重視すべき業務（業務強化、新たに追加すべき項目）について、保健所に関する事項、市町村に関する事項、および両者の連携に関する事項、保健所相互間連携に関する事項とした。

2. 現地調査・ヒアリング調査の事前準備

現地調査を行う前に、被災地のおかれた経緯や現状に配慮し、担当者に多大の負担をかけないため、被災地自治体の Web サイト等から、保健所や地域の現状等を可能な限り把握してから、現地に赴くこととした。さらに、現地調査の日程調整時に事前に担当者（保健所長）等と、資料・調査項目等に関しては、電話等で十分に意思疎通を図り、信頼関係を得てから行った。

3. 現地調査・ヒアリング調査の方法

- (1) 今回のヒアリング対象は東日本大震災の被災を受けた地域の保健所と同保健所管内市町村を対象とした。現地調査については、一定の平準化を図るため参考資料に掲載したヒアリングシートを作業部会の班員で議論し、作成したものを用いて行った。ヒアリングに関しては、保健所長の他、可能であれば、精神保健福祉業務を所管している保健師等からも協力を得て行った。
- (2) ヒアリングの目的は、大震災の被害等について明確にすることより、震災等の危機時に明らかになる、あるいは課題がクローズアップされるといった観点で、日頃（平時）の地域精神保健福祉業務に関して評価すべき点、課題、仕組みとして提案・提言したい点を検討し、精神保健福祉業務運営要領の改訂に資する論点を抽出・整理することとした。
- (3) ヒアリングに関しては、後日報告書にまとめ、公表することになることから協力していただける保健所、市町村等の協力者に確認し、十分な理解を得て行った。また、報告書に記載する事項等については、まとめの段階で原稿等を事前に目を通してもらい、確認をいただいてから報告書として上梓した。

4. 現地調査・ヒアリング調査内容

地域精神保健医療福祉の充実に向け、現在の業務要領に記載されている実施事業のなかから、以下の①から⑩までのポイントを踏まえ、下記の調査を行った。

- 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
- 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

【調査項目】

- 1) 組織形態と組織の概要
 - ① 組織形態
 - ② 常勤職員数
- 2) 地域の被害状況
- 3) 平時における保健所の精神保健福祉業務
 - ① 精神保健福祉の現状把握と情報提供
 - ② 組織育成
 - ③ 精神保健福祉相談
 - ④ 専門相談
 - ⑤ 社会復帰及び自立と社会参加への支援
 - ⑥ 入院
- 4) 平時における市町村との連携
設問4、6等とヒアリング結果を活用。
- 5) 健康危機管理的な対応
設問7、8等とヒアリング結果を活用。
 - ① 医療確保に関する連絡調整
 - ② 在宅精神障害者への支援
 - ③ 情報提供・相談体制
 - ④ 心のケアに関する対応

5. 現地調査・ヒアリング調査のまとめ

(1) 現地調査の対象と対象地域の特徴

	調査班員	ヒアリング日時・対象地域	ヒアリング地域の特徴
1	中川 浩二 和歌山県福祉保健部 障害福祉課	12月8日 喜多方市市民部保健課 西会津町健康福祉課 12月9日 福島県会津保健福祉事務所 (会津保健所)	会津地方は、地震による甚大な被害からは免れたが、浜通りと呼ばれる沿岸地域から原発事故により避難してくる多くの住民の受け入れを担った。また、会津保健所は管内の医療機関と連携し、精神障害者の地域生活移行に積極的に取り組みを行っている。
2	服部 悟 愛知県衣浦東部保健所	12月12日 福島県県中保健福祉事務所 (県中保健所) 12月12日 田村市	県内の最高震度で住民が被災。そこに津波の避難者が一時殺到し原発事故でさらに遠方に避難していった地域。
3	宇田 英典 鹿児島県姶良保健所 兼 大口保健所	11月17日 女川町健康福祉課 (保健センター) 石巻市, 宮城県東部保健福祉事務所 (石巻保健所) 11月18日 宮城県東部保健福祉事務所 (石巻保健所)	現地保健所が被災し保健所機能がほぼ壊滅状態。その後、県庁・他保健所の人的支援を得て、管内市町村との支援体制の構築に努めた。 保健所が設置されている石巻市と町のほぼ8割が被災し、心のケア体制を独自に作成し取り組みを進めている女川町 市民とともに、心のケアを進めている石巻市
4	瀧口 俊一 宮崎県日南保健所	12月6日 仙台市 精神保健福祉総合センター (はあとぼーと仙台) 12月7日 若林区保健福祉センター (若林保健所)	沿岸部が被災した政令市の精神保健福祉への取り組み事例 東日本大震災発災後、地域精神保健の連絡調整の役割を、精神保健福祉センターが担った。
5	馬場 俊明 北海道空知総合振興局 保健環境部保健福祉室 (岩見沢保健所)	12月14日 岩手県沿岸広域振興局宮古 保健福祉環境センター (宮古保健所) 岩手県宮古市役所	宮古保健所: 平時からNPOの設立等地域の精神保健システムの構築に注力。多数のこころのケアチーム・保健チームの派遣調整を積極的・長期に行った。 宮古市: 福祉課、健康課、介護保健課の保健師を中心に平時から関係機関と連携して活動。震災直後は避難所訪問、その後は仮設住宅の全戸訪問を行った。

(2) 現地調査・ヒアリング調査結果の概要

現地調査の結果については、被災の大規模な岩手県、宮城県、福島県の3県にある都道府県型保健所、政令市型保健所さらには市町村毎に、特性や特徴の違いが見受けられたものの、いくつかの共通項、あるいは今後の地域精神保健福祉を考える上で特徴的なものも確認された。

1. 保健所の組織形態

保健福祉環境部や保健福祉部等、統合組織の増加に伴い、東北地方の多くの保健所組織が統合事務所化し保健所長の役割がスタッフの位置づけになっており、迅速・的確な公衆衛生を進めるうえで大きな課題の一つであった。

2. 人材不足

① 保健師全体数の減少。

専従の精神保健福祉担当保健師が不在の地域が少なくなかった。

② 精神保健福祉士、精神保健福祉相談員の配置不足

地域精神保健活動をすすめるためのキーパーソンとなる精神保健福祉の専門職不足が顕著で、業務要領において精神保健福祉士の配置等が記載されているが、現実との乖離が指摘される。

3. 情報の把握と提供体制

① 災害時要支援者リスト

市町村は作成の義務があるが、認知症住民のリストは準備しているが統合失調症等の精神疾患住民のリストは無いことが少なくない。

② 障害者手帳台帳の活用について

保健部局と福祉部局の共有化が図られていない。

③ 電子媒体が使用不可能

今回の大震災及びその後の津波災害において、電子媒体での記録・資料が使用不可の状態に陥った。紙ベースのものとの2重保管についての検討の必要性があるのではないか。

4. 地域組織育成に関する課題

① 市町村において家族会育成の地域はあるものの、今回の調査対象地域ではそれ以外の組織に関する育成の事例は少ない。

② レインボーネット（宮古保健所）の立ち上げに保健所が積極的に関与した事例があり、保健所における地域組織育成に関して参考になると思われる。

5. 把握されていない障害者の顕在化（避難所等において）

① 避難所で障害者や異質な状態像を有する人への排除行動が見受けられた。住民の障害者への理解不足によるもの、ノーマライゼーション思想の普及の必要性が再確認された。

② 支援の必要な住民や家族が他人の目が気になり相談できないことがあり、地域理解の深化の必要性再確認された。

③ 日頃の地域精神保健福祉活動のなかで、あらかじめ障害者の把握が不十分であったことから、支援ができなかった（遅れた）事例も見受けられた。

6. 福祉避難所の設置

精神障害者等が避難する施設等の検討が必要ではないかと考えられた。

7. 心のケア支援チームの調整機能

被災地には、心のケア支援チームが多数支援に訪れたが、これらの外部支援団体の受入調整、さらには中・長期的地域心のケア体制に基づく支援体制の構築・調整等について、保健所の役割として明確に示せなかったのではないかという指摘がなされた。そのなかで、現地調査を行った次の地域においては参考となる取り組みが保健所で行われていた。

また、支援・調整のキーパーソンとして、中堅以上の保健師等、技術職員の育成・配置が重要であると思われた。

- ① 仙台市では精神保健福祉センターが役割を担った（政令市型のモデルとなりうる）
- ② 宮古保健所や会津保健福祉事務所が実施（保健所が中心）
- ③ 会津保健福祉事務所では保健所が実施
- ④ チーム調整に関する長期支援者の必要性（中堅以上の保健師等が候補となる）

8. ネットワーク会議

地域精神保健活動のネットワークの中核として業務要領では保健所が位置づけられているものの、宮城県では県庁がその役割を担うこととなり、2次医療圏域単位で小回りの利く対応が難しかったのではないかと懸念された。統合組織における保健所長の役割、保健師・精神保健福祉士の人材不足等の影響もあると考えられた。

- ① 県庁（宮城県）
- ② 保健所（宮古保健所、会津保健福祉事務所と石巻保健所との違い）
- ③ 宮古地域心サポート連絡会（保健所が支援して設置）

9. 既存支援マニュアルの作成、活用、周知

マニュアルは作成されていたものの活用・周知については検討の余地があったと思われた。

- ① 福島県 専門家用
- ② 仙台市 専門家用、外部支援用、一般職員用
- ③ 宮古保健所 岩手県災害時心のケアマニュアル第2版の作成と活用

10. 職員の安全確保と健康管理

11. 業務分担制による専門化と生活一般への総合的サービスの提供のバランス

12. 生活保護世帯の増加への対応（心と暮らしの総合支援）

特に生活保護等、生活支援の必要な住民への保健所と市町村との連携について、強化していく必要があると思われた。

13. 市町村の求めに応じた保健所の地域精神保健活動が目立った。業務を通じた日常的連携体制の構築が健康危機発生時にとっても重要である。

6. 現地調査報告（詳細）

6-1 福島県会津保健福祉事務所（会津保健所）、喜多方市役所、西会津町役場

1. 福島県会津保健福祉事務所（会津保健所）

【福島県及び管内の概要】
福島県は行政圏域を 6 つに区分し、平成 14 年度から各圏域に保健福祉事務所を設置し、保健所機能と福祉事務所機能を併せ持つ組織体制をとっている（6 保健福祉事務所）。また、中核市として郡山市といわき市に市立の保健所が設置されている。会津地域は、福島県の北西部に位置し、西端は新潟県、北端は山形県に接している地域で会津若松市を中心とし、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町からなる。その面積は 3,079.05km²と県土の 22.3% を占めている。会津保健福祉事務所は、平成 9 年に会津若松保健所、喜多方保健所、会津坂下保健所を統合し、会津保健福祉事務所となった。



表1 管内の概況（人口は平成 24 年 1 月現在）

医療機関数は震災前後で変化なし	
管内人口	259,201 (人)
高齢者人口	75,331 (人) 〈高齢化率〉 29.1%
管内市町村数	2 市 8 町 3 村
自立支援（精神通院）医療受給者	2,473 (人)
精神保健福祉手帳受給者	953 (人)
全医療機関	161 (カ所) 4,623 (床)
精神科病院	6 (カ所) 1,157 (床)
精神科診療所	9 (カ所)
訪問看護ステーション	19 (カ所)
障害者自立支援法に基づく事業所等	143 (カ所)

【組織形態と組織の概要】

(1) 組織形態
平成 14 年に保健と福祉の連携を強化し、県民サービスの向上を図ることを目的に会津保健所と会津保健福祉事務所が統合され現在の形となつた。組織は、総務企画部、健康福祉部、生活衛生部の 3 部からなり、その下に 6 職を配し、更に 7 つのチームで編成している。精神保健福祉業務は健康福祉部保健福祉センターで実務にあたつている。

(2) 常勤職員数

会津保健福祉事務所の常勤職員数は、医師 1 (保健所長)、薬剤師 5 、看護師 8 、保健師 17 、事務職員 29 、その他 21 の計 81 名 (臨時・嘱託を除く)。精神保健担当職員は保健師 4 名で、そのうち 1 名が地域移行コーディネーターを担当している。精神保健福祉士や臨床心理士等は配置されていない。

【平時における保健所の精神保健福祉業務】

- (1) 精神保健福祉の現状把握と情報提供
障害者が利用できる医療、保健、福祉の各種サービスや自立支援法の事業所等の一覧を掲載した「障害福祉ハンドブック」を毎年度作成し、情報提供に努めている。また、市町村職員や関係機関を対象にした「会津地域精神保健福祉連絡会」を年 1 ~ 2 回開催し、精神保健福祉に関する最新情報の提供や事例検討などを行い、関係者の資質向上や連携がしやすくなるよう努めている。所内事業では、ひきこもりの方と暮らす家族を対象に年 4 回程度の家族教室を開催している。いずれに年間 5 回程度、うつ等の気分障害の方と暮らす家族を対象に年 4 回程度の家族教室を開催され、地域の関係機関との連携がなされている様子が窺える。

- (2) 組織育成
管内には精神障害者当事者の会「やすらぎの会」「ウイング」二つが活動している。地域の家族会「若桐会」は、保健所主催の家族教室から設立し、現在は精神障害者の事業所内に事務局を置いて活動を行っている。また、6 カ所の精神保健福祉ボランティア団体があり、県精神保健福祉協会等の支援を受け、メンバーや資質向上や活動の活性化のための研修等を行っている。
- (3) 精神保健福祉相談
常勤職員による電話、来所相談、家庭訪問を随時実施しており、定期的に非常勤の精神科医による「心の健康相談」を年間 20 回実施している。精神障害者やアルコール問題、気分障害、発達障害、ひきこもりなどの当事者や家族の相談に応じている。なかでも、アルコールや薬物、ギャンブル依存、授食障害などは地域の自助グループを積極的に紹介するとともに、その活動支援も行っている。
- (4) 社会復帰及び自立と社会参加への支援
デイケアは保健所では開催せず、管内の数カ所の市町村において実施している。また、市町村の自立支援協議会には、必要に応じて参加する一方で、年間 60 回以上の地域移行のためのケア会議に出席し、患者家族の調整、地域生活支援のための情報提供を行っている。さらには管内の 4 つの精神科医療機関や相談支援事業所と連携し、対象者が地域生活に対する意欲や意識を高められるよう助言指導を行っている。

- 管内の一医療機関である竹田綜合病院は、長期入院者の地域移行を図り、精神科救急や身体合併を受け入れる病院として方針転換を行っている。「障害者保健福祉推進事業」の採択を受けるとともに、「会津地域医療促進及び地域移行推進委員会」を発足した。構成機関は、病院、保健福祉事務所、市役所、相談支援事業所、グループホーム、就労継続事業所、就労生活支援センター等である。この会が自立支援協議会と違うのは、各機関の管理者ではなく、直接支援を行っている実務者レベルの参加を求めたことである。この結果、かなり早期の段階から関係者が入院患者に關わるようになり、患者の地域生活の意向をききながら、生活を具体的にイメージした直接的な支援が行われた。この活動のノウハウは、平成 22 年度から会津若松市の自立支援協議会の地域移行ワーキンググループとして取り入れられることとなった。病院関係者によると平成 23 年度末には、一部病院した患者はいるが、ほぼ 100 名の患者が退院する目途がたつとのことであった。

- これらの取り組みには、保健所が市町村とともに、医療機関との連携を基盤に、患者のニーズを的確に把握し、家族の家庭訪問や地域で生活するための社会資源の情報提供、関係機関との連絡調整を行うなど、地域コードイネーターとしての役割を果たしてきた様子が窺える。
- (5) 申請通报関係・事務
平時 (平成 22 年度) における入院、通院については医療保険入院の受理件数 856 件、退院届 648 件、医療保険入院定期病状報告 396 件である。また、申請・通報件数は 37 件であった。なかでも 24 件通報 (警察官) が最も多く 25 件あり、すべて措置監察を行っている。うち措置入院は 4 件となっている。その他 25 余通報が 8 件、26 件通報が 4 件であった。
- 警察官通報等で把握した対象者は、個人ファイルを作成し、その後の治療中断を予防するための訪問等を実施している。

- ・4月中旬から浜通り地域の大熊町、檜葉町、葛尾村が役場機能ごと同管内に避難してきたが、役場職員の疲弊が著しくから、京都府心のケアチームの提言により、職員の休暇や健康管理の重要性について、県医師会から県対策本部に対し、「緊急要望書」が提出されたこととなった。(参考資料参照)
- ・会津保健福祉事務所として、心のケアに関するマニュアル等は特に作成をしていないが、県で暫定版心のケアマニュアルを作成しており、今回の災害体験を基に検討され今後はそれらを充実させていくこととなつている。

【災害から見えてきた課題】

- 災害から時間が経つにつれ、いくつかの課題が見えてきた。
- ・今回数多くの保健チームや医療チーム等の支援を頂いたが、避難者が非常に数多くの二次避難所に分散していたため、その巡回の調整に困難を極めた。保健チームの中には行政医師も多く参加していたので、その力を十分に發揮してもらう工夫が必要だった。
 - ・医療チームの医師等が心のケアが必要と判断した場合でも、その必要性について避難者自身に説明されないことがあり、心のケアで関わるべき事例がみられた。
 - ・被災住民と共に避難してきた行政職員のメンタルヘルスの問題は大きく、避難生活しながら住民の苦情処理や慣れない環境での過酷な業務を余儀なくされ、疲弊状況は顕著であった。
 - ・精神障害のある避難住民の症状悪化から警察官通報に至るケースがあつた。
 - ・二次避難所における希死念慮のある人の行動化がみられた。

【まとめと考察】

今回の災害は、想定を遥かに超えるものではあつたが、会津地方の住民にとっては、人的被害がほとんどなかつたことは幸いであった。しかし、福島第一原子力発電所事故により一時期最大で9,500名もの避難者を受け入れることとなつた。元々に地元住民でなく基礎となる情報のない避難者の健康管理や心のケアに取り組むことは、かなりの時間と労力を費やしたものであつた。しかし、避難所の状況に合わせ、早期に関係機関と連携し心のケアをチームとして迅速に取り組めたことは、日頃の保健所と医師会の関係が円滑であったことや精神科医療機関との関係も日頃の利用者をとしたネットワークが構築されていたことが伺える。災害発生直後から極めて初期の対応について、事態の変化に対応し、通常業務をトップし、すぐに危機モードに切り替え、全体調整がなされたといえる。

県外からの心のケアに関する支援チームの受け入れについては、4月7日から5月21日まで福井県が、4月12日から7月26日まで京都府が支援を展開した。特に京都府が行った長期の支援は、この地域の心のケアを先導する役割を担った。会津地方には、原発の被害を受けた大熊町、檜葉町、葛尾村、双葉町などが駆除機能の全部もしくは、その一部を移転させている。これらの町村の職員は住民と同じ施設を宿舎としている人たちも多く、常に住民の目にさらされ、24時間住民と公務員の関係がとざされることが多く、精神医学的リスクが非常に高い状態となつていて。これらに關しても保健所を通じ、県医師会長名で県災害対策本部に働きかけを行い、被災市町村長に対し、命令としての休暇所得などを盛り込んだ、緊急要望書を差出した。これは、極めて意味のある動きかであり、もっと重視されるべきであると感じた。しかし、大災害の前には、この要望書による効果もあまり得られなかつたという。

これら心のケアを含めた県外からの医療チーム、保健チームの支援について、会津保健福祉事務所は、高い評価をしている。特に3月18日から医療班として関西広域連合から応援に入った、滋賀県や京都府、また日赤の活躍に感謝を示していた。保健所長の役割として、これら外部の支援チームにいかに効果的に活動してもらおうかが重要な点であるが「今回は条件に恵まれ、結果的に指揮命令、調整が機能した」と山口保健所長が振り返っておられたのが印象的であった。また、今後に向けても県の内外を問わず、被災側と支援側の情報交換は必要であり、これらについても保健所長として政策提言をしていくことが重要な役割である。災害後、議論されていることであり、当時はそのような考えは浮かばなかつたが、公衆衛生版のDMATの必要性を感じたと述べられた。

【平時における市町村との連携】
保健所と市町村における平時の連携体制に関する対応は、市町村障害福祉計画の策定、自立支援協議会については定期的な連携、組織育成、職員の研修、普及啓発、事例検討会、自殺対策への支援については日常的、定期的な連携、福祉事務所への支援、教育委員会への支援は市町村ごとに若干対応が違うが常時参加する体制は取っていない。
市町村が関与する組織育成については、福島県精神保健福祉協会に委託し実施しているケースもあつた。市町村からの対象者の個別相談は平成22年度が40件(実人数)、市町村保健師等との同伴訪問が31件あつた。

【災害時の身体管理等に関する対応】

今回の災害において、会津保健福祉事務所管内の市町村は、幸いに直接的な被害は少なかつたが、福島第一原子力発電所の事故により、浜通り地域(南相馬市、大熊町、檜葉町、葛尾村、浪江町、双葉町、飯舘村等)からの被災者が大挙避難してきたことにより、管内市町村と連携し、その受け入れ体制を整備することとなつた。
避難者の多くは、原発事故によるもので、会津管内の指定した避難所に入るために、被爆の状況のスクリーニング検査を受ける必要があり、3月14日から会津保健福祉事務所では、全職員が交代制で約一週間昼夜を問わずその対応に行われた。そのため、保健師等による避難所における被災者の健康管理等の直接的な支援が出来たのは、3月23日頃からであったが、これも当初は感染症対策や寒さ対策と行ったハード面の整備が中心となり、健康管理や栄養管理、服薬管理などは後回しになりました。

【災害時の精神保健分野に関する対応】

(1) 医療確保に関する連絡調整

精神科医療機関は管内に6カ所あり、いずれも大きな被災を受けず、通常業務が可能な状態であった。そのため、震災直後から被災医療機関からの患者受け入れについての検討が行われ、保健福祉事務所は情報を収集を行つた。また、精神科がない地域への避難者については、医師会の協力を得て内科クリニック等と連携し精神疾患の調達や医療の確保について連絡調整を行つた。

避難所での生活においては、医療面・衛生面から市町村等に対し助言指導を行い、健診確認や保健指導については、旅館やホテルなどの二次避難所において悉皆調査を実施した。環境の変化により認知症やADLの悪化などから施設入所、サービス利用の調整、その他、不眠や高血圧などの避難者が多く、医療機関の紹介や心のケアの相談、健診管理等の保健指導を行つた。

(2) 在宅精神障害者への支援

会津地域の被災状況から管内の精神障害者への安否確認は、特別に行う必要がないと判断し、電話や来所相談、家庭訪問等の通常の地域精神保健福祉活動、他県から心のケアチームによる応援をもつて対応することとした。しかし、結果的には被災をきっかけとした症状の再燃や治療中断になつた障害者もあり、3ヶ月がたつた頃に警報官通報となり、入院した者もいた。

(3) 心のケアに関する対応

・3月22日 県内外の医療チーム、保健チームからの情報で避難生活が長期化する中、避難者のストレスの増大、精神疾患のある避難者の治療中断に伴う病状の悪化に見受けられることがわかり、会津保健福祉事務所は、会津若松医師会と連携し、会津若松市、竹田綜合病院、会津中央病院、県立会津総合病院とともに被災者・避難者のメンタルヘルスケア対策に関する協議会を立ち上げる。
・3月24日 「会津地域心のケア連絡会」を結成し、会津地域にある避難所を地区分担し、週2回程度の巡回を行ひ心のケアに取り組むこととなつた。

・4月7日に「福井県心のケアチーム」が、4月12日には関西広域連合から心のケアの支援として、「京都府心のケアチーム」が避難所を中心に活動を始めた。会津保健福祉事務所は刻々と変わる避難所の実態と避難所の情報提供と他県の心のケア活動の情報交換、連絡調整を積極

確かにこのような大災害では、県内の医療等をコーディネートする機能が不全状態となる。都道府県等で事前に公衆衛生医師、保健師、管理栄養士、衛生課關係職員、事務職、運転手などを登録し、訓練しておき、災害規模に応じて、全国の都道府県から派遣できるような体制極めて有益であると思われた。

【参考文献等】

1. 福島県心のケアマニユアル（ポケット版）
2. 東日本大震災 被災地支援 京都府心のケアチーム活動報告書
3. 平成23年度地域保健推進戦略会議事前レポート
4. 民間団体を中心とした退院促進の取り組み（ノーマライゼーション4月号）

【協力者】

山口朝明 会津保健福祉事務所会津保健所 所長
草野つさ 同 健康福祉部保健福祉課 専門保健技師
他 会津保健福祉事務所の皆さん

2. 喜多方市、西会津町

【喜多方市・西会津町の概要】

喜多方市は、福島県西北部、会津盆地の北部に位置し、南に遠く那須連山、東に名峰磐梯山、西に墨峰飯豊山を望める豊かな自然に恵まれた風光明媚な町で、平成18年に喜多方市、塙川町、山都町、熱塙加納村、高郷村の5市町村が合併し、現在の喜多方市となつた。市の主幹産業は農業であり、年間170万人の観光客が訪れている。一方、西会津町は、福島県の西北部に位置し、周囲は東に喜多方市及び会津坂下町、南に柳津町、金山町とそなれぞれ接し、北及び西は新潟県阿賀町と接し、会津の西の玄関口と言われており、「会津の盆地」信仰の里として古い歴史と美しい自然に恵まれており、町の86%が山林となっている。

表1 管内の概況（人口は平成24年1月現在）

	喜多方市	西会津町
管内人口	51,653（人）	7,171（人）
高齢者人口	16,130（人）	2,939（人）
高齢化率	31.2（%）	41.0（%）
精神保健福祉手帳保持者	335（人）	34（人）
自立支援医療（精神通院）受給者	549（人）	77（人）
全医療機関数	38（カ所）	4（カ所）
全病床数	1,019（床）	7（床）
精神科病院	1（カ所）	410（床）
精神科診療所	-（カ所）	-（カ所）
訪問看護ステーション	4（カ所）	1（カ所）
障害者自立支援法に基づく事業所等	21（カ所）	4（カ所）
医療機関数(は震災前後で変化なし)		

【組織形態と組織の概要】

喜多方市は、総合政策部、総務部、市民部、産業部など6部からなり、精神保健業務は市民部保健課健康係が担当し、精神障害者の福祉の部分を社会福祉課障害福祉班が担っている。西会津町は、総務課、企画情報課、健康福祉課など主に8課あり、精神保健福祉業務を健康福祉課が行っています。り、精神障害者の直接的な支援は健康支援係が担当している。また、町内に同課が所管する診療所を2カ所設置している。両自治体とも主な専門職の配置については表2の通りであるが、精神科医や精神保健福祉士、臨床心理技術者等の配置はない。

表2 職員数

	喜多方市	西会津町
医師	0（人）	3（人）
保健師	19（人）	8（人）
内、精神保健担当	6（人）	1（人）
精神保健福祉士	0（人）	0（人）

【精神保健福祉業務】

- (1) 精神保健福祉の現状把握と情報提供
- ◇喜多方市
障害者が利用できる福祉制度や自立支援法のサービス事業所等を一覧にした「障害福祉の手続き」を作成し、市内の状況の把握と住民への情報提供に努めている。また、地域住民の精神保健福祉に対する関心を高め

め、正しい知識の普及を目的に喜多方市精神保健福祉協会喜多方支部や地域生活支援センターと共に毎年「市民精神保健講座」を開催している。平成 23 年度は、自殺対策事業にも力を入れ、ゲートキーパー研修や地域で相談を受ける機会が多い介護支援専門員を対象にリーダー研修会、住民を対象にした「こころの健診講演会」を開催している。

◇西会津町

国民健康保険のデータから精神科に入院している住民の把握に努めている一方で、年に 1 回住民に対し、精神疾患の正しい理解を目的に「こころの健診講演会」を開催している。

(2) 総組織育成

◇喜多方市

精神保健がランティア養成講座を開催している毎年 20~30 人程度の受講者がおり、終了後は実践的な活動をすると言うよりは、精神障害者を正しく理解し、地域のよき支援者になつてもうことを目的にした啓発の意味合いの濃いものとなっている。また、精神障害者の家族を対象に交流会を開催している。これは、平成 16 年度まで、会津保健所で開催されていたものを平成 20 年度から喜多方市単独で開催している。近年は参加者が少ないので、家族の交流を目的に場を提供している。

◇西会津町

精神保健福祉がランティアを育成し、「トライアングルの会」を結成している。年 4 回の定例会を開くとともに町が行っている精神障害者のデイケアへの支援を行っている。ボランティアが高齢化していることから研修会などの開催にあたっては、参加に際し町が送迎を行い、ボランティアの支援を行っている。

(3) 精神保健福祉相談

◇喜多方市

日常的に保健師が精神保健の相談にのつてている一方で、精神科医や臨床心理士による「こころの健診相談」を開催している。これは平成 22 年度から保健所の相談事業を参考に保健所にも指導を仰ぎ事業化をしたといふ。平成 23 年度は 2 回の予定にしていたが、予想以上の申込者があつたことから、3 回に増やして実施した。本事業で対応できなかつた方には、適宜保健所の相談事業も紹介しているといふ。

当事者や家族からの訪問要請にも対応し、全体の 8 割程度が、計画的な訪問で 2 割が緊急な対応となつている。多問題事例やひきこもりなどの対応困難事例には保健所が同行訪問し技術指導を受けている。

◇西会津町

日常的に保健師が相談を受けている。また、平成 23 年度から「住民生活に光をそぞろ交付金」を活用し、新規事業として「にこにこ相談事業」を始めた。土日祝日を除く毎日、相談員 2 名を配置し、当事者や家族の相談に応じている。また、相談のみでなく来所する障害者等とグループ活動も行っている。この事業には、先述の「トライアングルの会」や会津保健所も協力機関となっている。

訪問活動は、7 割程度が計画的訪問に対し、3 割が緊急な対応となつていて。自立支援法におけるサービスの受給者には原則月 1 回程度の訪問を実施している。喜多方市同様、困難事例に対し、保健所の同行訪問を依頼している。またケースカンファレンスにおいても助言指導を受けている。

各市町の相談件数は、表 3 のとおりとなっている。

表 3 相談件数

	喜多方市	西会津町
相談延べ数	68 (件)	27 (件)
訪問延べ数	83 (件)	54 (件)
電話相談延べ数	116 (件)	75 (件)

(4) 社会復帰及び自立と社会参加への支援

◇喜多方市

自立支援協議会を設置しており、月 1 回開催している。会津保健福祉事務所も委員となっている。協議会

内部に精神障害者支援の部会はおいていないが、月に 1 回自立促進支援協議会を開催し、主に長期入院者の地域生活への移行を目指した支援について、管内精神科病院等の関係機関と協議を行っている。

精神障害者への直接的な支援として、「いいとよの会」というグループ活動を行っている。年間に 20 回程度開催し、15 名が登録しており、毎回 10 名程度が参加している。平均年齢は 55 歳。

◇西会津町

自立支援協議会を設置している。デイケアは「あつまつ会」という名称で月に 1 ~ 2 回程度開催している。登録者は 12 名あり、通所に際し、交通費の補助を行っているのが特徴である。なお、精神障害者保健福祉手帳の所持者は町営バスを無料化している。

(5) 隆吉福祉計画

両自治体とも第 2 期隆吉福祉計画を策定しており、策定に関して保健所との連携の程度は大きかったという。喜多方市では、保健所を障害者施設推進協議会の委員としているとのことであった。

【東日本大震災における対応】

(1) 被害程度

両自治体とも人的被害ではなく、喜多方市では土壘の壁の崩落や建物の壁など的一部破損などが報告された程度であった。西会津町では建物倒壊や道路の破損などもなかつたとのことであった。

地域は震災直後、インターネットや電話が不通になつた。また、交通機関について、磐越自動車道が閉鎖、JR磐越西線が運行を行わせた。これららの影響でガソリンや灯油などの不足が続き、食料品などの入荷も一時減少した。3 月 24 日の磐越道の開通とともに物資の不足は徐々に解消された。この震災により、同市町の住民以外の避難者があつたことを受け、喜多方市では 3 月 14 日から 6 月 6 日までに避難所を開設、最大 380 名程度の避難者を受け入れた。一方、西会津町でも 13 日に「東日本大震災支援対策本部」を立ち上げ、17 日に町内の体育馆を開設として開設、83 人の避難者を受け入れた。

(2) 医療体制確保と在宅精神障害者の状況把握

両自治体とも震災による直接的被害が少なかつたことから、住民に対しては、概ね平時の対応と同様の支援を行つた。

◇喜多方市

震災当日に医療機関や福祉サービス事業の被災状況についてのみ確認を行つた程度である。避難住民に対する心のケアは、保健所や管内医療機関と連携し、個別対応を行つた。また、地域包括支援センターから心の相談が出来るところについての問い合わせについて、福島県精神保健福祉センターからの情報を提供するなどの活動を行つた。

◇西会津町

在宅の精神障害者については、要援護者として民生委員を通じて安否確認をしてもらつた。デイケアの利用チームを編成し、当初 2 回のペースで交替で避難所を巡回した。また、地域包括支援センターから心の相談が出来るところについての問い合わせについて、内服薬の残量の確認を行い、町外の医療機関の診療状況や交通機関の運行状況などの情報提供を適宜行つた。

(3) 心のケアに関する対応

両自治体とも今回の災害により、住民で心のケアを要する人は、特になかつた。

◇喜多方市

市から受け入れた避難者に対しては、管内の飯塙病院が精神科医、看護師、心理士、精神保健福祉士がチームを編成し、当初 2 回のペースで交替で避難所を巡回した。避難所では、自ら心のケアを訴える避難者は数人しかなかつたが、チームが巡回の中で様子を聞くと不安や「眠りにくい」という訴えも聞かれたようである。この活動は、6 月 6 日に避難所を開鎖するまで週 1 回続かれて、喜多方市としての避難所の心のケアに関して大きな助けとなつた。

◇西会津町

同様に医師、保健師、作業療法士等がチームを編成し、町立の診療所と連携し、避難所内外に救護室を常設し、心のケアの巡回相談を実施した。災害前からうつ状態のあつた方や発達障害と思われる児童、不眠を

方など約80名の診療にあたった。

二十一
詩言

- 市町村の精神保健福祉業務においては、市町村だけではなく都道府県レベルでも行わる自立支援法の施行や市町村合併に伴い、組織の改編がここ数年、保健師の業務量が増えていると言われる。それにとどまらない、精神保健業務も変化を見せており、保健師活動の回数が減り、電話相談の件数が増えている。対象者に来所してもらうことが増え、皮肉にも面談件数が増えるといったことなどが発生している。また、対人サービスを相談支援事業所に委託するという自治体では、連携や技術指導といった業務が増加している。自ずと住民と向き合う対人サービスが減少しているのではないかというか。

その中でも今回の市町の調査では、事業の各所で障害のある人たちと向き合う姿が見られた。西会津町では、ボランティア団体の「トライアンフルの会」との実践では、ボランティアの人たちが障害のある人といつよりも住民の一人として接しているような話を聞かせてもらった。役場もボランティアを頼り、頼られという小さな交流が経験することにより、支援を必要とする人が多くなっている現状が見受けられた。これについての対策を検討する必要がある。

一方で、鶴ヶ島や知人をたよって避難してられた方など、自治体が設置した避難所については、数の把握も完全ではなく、健康状態、特に精神的な不安、ストレスを把握することは更に困難と思われた。

これらについては、例えば届け出をしてもうなどを周知し、把握に努めなければならないと思われる。

今回、会津保健所では二次避難所において、悉皆調査を実施したが、この中でプライバシーは保たれたが、時間が経過することにより、支援を必要とする人が多くなっている現状が見受けられた。これについての対策を検討する必要がある。

さらには西会津町は、「健東いちばん～トータルケアの町づくり」という指針を作り、保健、医療、福祉の連携を重視している。昭和60年に県内の平均寿命順位が県内90市町村中、男性で88位、女性で69位だったものが背景にある。栄養士による減塩対策や骨粗鬆症予防食の普及、検診対象年齢30歳への引き下げ、各種検診の無料化、介護の充実、「百歳への挑戦」と銘打つ百歳の方に特別敬老祝い金の支給を行ってきた。なかでも町内の高齢者の世帯にケーブルテレビを導入し、その回線を利用し、自宅にいながら医師や保健師の指導を受けることができるシステムを構築した在宅健康管理システムには驚いた。このような町と住民がともに健東健康に取り組む姿勢が精神保健の分野にも息づいているように思えた。そこで見えてきた問題は、精神疾患の発病率の割合が上位を占めていることである。町では今とても身体の健康に取り組むと共に心の健康に如何に取り組んでいくかを考えなければならないという課題を抱えている。

また、今後市町村が取り組む精神保健施策において、自殺対策は重要な課題と考える。喜多方市の担当者は、「自殺対策は業務の中でも大きな比重を占めている」という。自殺対策と言っても直接的なことではなく、誰もが身に付けて暮らす街づくりこそが必要であり、孤立することなく、身体と心の健康づくりを実施していく必要があります。また、問題が生じた際に相談できるコミュニティづくりが広域での自殺予防につながると感じている。地域への支援とは、民衆委員や利害関係者への支援と地域の両立の重要性を改めて感じた。地域スタッフのマンパワーが必要不可欠であり、保健師の訪問業務をもっと優先的に実施できるように取り組んで行きたい。
また、問題が生じた際に相談できる機会の多いヘルパーや介護支援専門員等の介護スタッフとの連携を深め、保健師の訪問業務をより関係機関との連携を深め、ここでもやはり住民に直に接していく活動を大切にすることが出来た。

震災経験を通じて見えてきた課題とその対応

平時から精神疾患の既往がある方やリスクの方の連絡先等を整備した台帳などが作成されていなかった。このために災害時の対応が迅速にはいかなかつたといいう反省点が見えてきたようであったが、これは個人情報の管理とあわせて考えるべき事項であるが、行政といえども必要以上の情報を収集することが容易には出来ない状況がある。市においても要援護者登録制度を行っているが、精神障害者の登録は少ないという。今後とも市立支援法の障害程度区分の認定を受けた方だけでなく、精神障害者保健福祉手帳所持者や自立支援精神医療

行政機関内の連携を日頃から確立しておき必要がある。どうしても業務が統制になってしまふことから、例えば、障害者の福祉と高齢者の福祉が同じ福祉の枠組みであつても対象が違う場合などからも服薬や生活支援の必要な人を構築しておく必要がある。災害時の対応や内容などが大きな枠組みで立てられているが、もっと細かく対応方法や支援方法を盛り込む必要を感じたといふ。また、防災計画はその地域で生

活する住民のために作成されているものであり、避難者の受け入れの対応や避難所の運営マニュアルのようなものにはなつていなかつた。これらについても見直しの必要性を感じた。

避難所運営についても精神疾患のある避難者の把握が困難であった。このことについては、受け付時間診察票に身体の健康チェックに加え、心の健康（精神疾患）チェックができるような作成し、各自記入してもら

う体制や避難所生活においても定期的に健康状態を自己チェックできるような問診票を作成することによって、各自の健康状態が時系列で把握でき、事後においても管理がしやすいと思われた。

今回は体育館を避難所としていたが、集団生活が大きなストレスとなつている方にについて、小規模な避難所を準備するなど環境調整にも注意が必要であった。加えて障害のある方や障害弱者と言われる人たちには「福祉避難所」のようなものの整備も検討する必要があった。

一方で、被災類や知人をたよって避難してこられた方など、自治体が設置した避難所以外で暮らす方についてには、数の巴屋も完全でなく、健康状態、特に精神的な不安、ストレスを巴屋することは更に困難と思われた。

これらについては、例えば届出をしてもらうなどを周知し、把握に努めなければならないと思われる。今回、会津保健所では二次避難所において、悉皆調査を実施したが、この中でプライバシーは保たれたが、時間が経過することにより、支援を必要とする人が多くなっている現状が見受けられた。これについての対策を検討する必要がある。

管外の医療機関の状況を把握や情報収集に時間がかかった。緊急時における医療機関と保健所、市町村の連携システムの構築やおもてなしニユアルの作成が必要だと感じた。

最後に今後のおもてなしニユアルの作成が必要である。多問題事例や対応困難事例に対して、他機関と大いに連携していく考えるマンパワーが最も必要である。多問題事例や対応困難事例においてもシステムやマンパワーが少ない地域では、退院してきても再入院につながってしまう事例も少なくない。グループホームやケアホームなどの資源がもっとあれば、その人にあわせた地域移行が叶うのではないかと意見を頂いた。

福島医療会議会長、高谷性三（公）省略

3 体幹骨格筋は、腰痛などに力がかかる場合でしてつづいていたが、大きな筋肉で自貫り、骨の筋肉にストレスを加えると、筋肉の感覚が衰える。から体幹筋を鍛えようと思われます。心筋筋群が衰える。

4. 実地で用いられる小豆の発芽率と、白湯の発芽率が異なる。発芽率が低い場合は、粒から遺伝子情報をもつて発芽する確率が低くなる。また、粒の発芽率が低い場合、その他の粒が発芽する確率が高くなる。

5 現在、他の市町に転居する場合、多くの家庭が選ぶ移住先として、東京や横浜などに人気がある。しかし、それらの都市は、人口増加による交通渋滞や居住地価格の高騰、オフィスビルなどの高騰傾向などによって、生活コストが高まっている。そのため、多くの人々が、近郊の市町へと移住する傾向にある。この傾向は、特に、子供の教育や、夫婦の年金生活を考慮する場合で顕著である。一方で、市町村では、今後も人口減少が予測されるため、市町村の財政状況が悪化する可能性がある。また、市町村の施設整備や公共サービスの充実度によっては、市町村への移住意欲が低くなる場合もある。

なればならないという。これまでの大災害においても例を見ない高リスクが危険なさであると伺せた。

1. 運営監査委員会の職務を問合せ所長に質問され、住民が切り離され、運営監査委員会としてください。とされ、運営監査委員会は、運営監査委員会から公私共に、どううするべきかとされ、運営監査委員会は、運営監査委員会に費するなどと訴えられ、馬鹿げわからってこのよが生徒を送ること心身の大な迷惑につががります。

(福島県医師会災害対策本部) TEL024-522-5191 FAX024-521-3151)

6-2 福島県県中保健福祉事務所（県中保健所）, 田村市

1. 福島県県中保健福祉事務所（県中保健所）
福島県内で最高震度を記録した地域で地元の住民も被災したが、はるかに多くの避難者が浜通りから管内の避難所に集まり、避難所への対応に追われた地域で、避難者の被爆スクリーニング検査や県外支援チームの受け入れ調整が必要であった。また、中核市を抱え、中核市との連携体制が課題となつた。

【県中保健所管内の概要】

県中地域は、福島県の中央に位置し、東側には阿武隈高地、西側には奥羽山脈が連なり、中央の平坦部には阿武隈川が北流するなど変化に富んだ地形で、面積は2,406.29 km²あり県土の17.5%を占めている。人口は549,057人、高齢化率は22.2%であり、中核市である郡山市を除いた県中保健所管内の人口は211,517人、高齢化率は25%である。県中保健所は須賀川市にあり、平成14年4月、県中地域の社会福祉、保健、医療及び衛生に関する業務を行う県中保健福利事務所となつた。管轄区域は、行政全般については郡山市、須賀川市、田村市を含む12市町村であるが、生活保護業務については市を除く6町3村、業務、救急医療、水道等の業務については中核市である郡山市が所管する一部を除き、管内12市町村を管轄地域としている（表1・図1）。

表1 管轄地域（平成23年4月1日現在）

市町村名	面積 (k m ²)	人口 (人)	65歳以上 の人口 (%)
須賀川市	279.55	78,842	21.8
田村市	458.30	40,033	28.8
鏡石町	31.25	12,785	21.2
天栄村	225.56	6,248	26.4
石川町	115.71	17,653	27.6
玉川村	46.56	7,200	23.4
平田村	93.53	6,860	25.3
浅川町	37.43	6,829	26.0
古殿町	163.47	5,953	31.1
三春町	72.76	18,036	26.0
小野町	125.11	11,078	28.5
郡山市	757.06	337,540	20.4



図1(管内地図)

【地域の被害状況】

県中地域では、須賀川市、天栄村、鏡石町で震度6強を、郡山市、玉川村、小野町、浅川町、田村市で6弱を、その他は5強を記録した。地域の被害状況は平成23年12月9日現在、避難指示を受けている郡山市・鏡石町で130世帯409人、また、自主避難している世帯が田村市に71世帯201人いる。人的被害は死亡14人で、うち須賀川市で10人が農業用ダムの決壊に巻き込まれて死亡、1名が行方不明になっている。重傷症者は27人である。住家被害は全壊3,422棟、半壊21,009棟、一部損壊52,996棟であった。床上浸水家屋が32棟、床下浸水家屋が30棟、公共建物の被害は442棟であった。

管内の全ての市町村に避難所が設けられ、管内の避難者のほとんどは被災後2週間で自宅に戻ったが、残りの人は4月中旬に2次避難所に移った。

避難者は相双地域から避難してきて、放射線被曝に追われるようにな会津方面に通過していくが、3月23日には県中地域に約16,800人余の避難者がおり、浜通りの町村の仮設機能も避難してきした。現在もまだ、支所を含む4つの仮設機能が残っている。多くの住民が一晩に避難してきたため、職員の多くが被曝スクリーニング検査に従事し、避難所支援まで手が回らない状況であった。また、県が厚生労働省に保健師の派遣斡旋を要請したが、東電第一原発の水素爆発事故で県外からの支援が中断した。3月19日に県庁の指示で保健師がスクリーニング業務から外れ、ようやく各市町村の避難所に保健師を派遣できた。

大量的の避難者を受け入れるために、県は郡山市内の県施設に避難所を開設したが、県中保健所へは開設の情報がすぐには届かなかつた。情報のない中、避難所からは保健師派遣の要請が多く寄せられたが、保健所は管内の避難所だけではなく、保健師派遣の要請で県から県中保健所へへ対応がなかった。改めて県から県中保健所へへ対応依頼があつたが、手一杯のため、まず県外支援の医療チームに入ってしまい、保健所保健師が数日に1度巡回することによって対応した。3月下旬からは、県外保健師の派遣が開始され、避難所、2次避難所、仮設住宅等の健康支援を県外保健師と保健所の保健師が担当した。

大量の避難者を受け入れるために、市町村ごとに担当職員を置き、緊急雇用職員を10名雇い上げ、支援業務の調整、密集した仮設住宅を設置している。緊急雇用職員のうち健康支援は保健師2名、看護師3名、管理栄養士1名、栄養士1名の計7名で、心のケアは保健師1名、看護師2名の3名体制になつていている。仮設住宅は管内の田村市、須賀川市、鏡石町が設置している。相双地域から受援機能を移している4町村に対し、保健所が保健福利事務部門の支援を行っている。相双地域はもともと保健師等の数が少なく、業務多忙のため健康支援が思うようにいかない現状がある。

【平時における精神保健福祉業務】

(1) 精神保健福祉の現状把握と情報提供

管内の自立支援医療利用者は2,307人であるが、同じ医療圏の中核市である郡山市には3,946人いる。精神保健福祉手帳保持者が管内には704人であるが、郡山市には1,318人いる。管内の精神科病院数は1施設215床であるが、郡山市には3施設1,807床がある。精神科診療所については精神科を標準としている診療所が郡山市も含めて72施設あるが、実際に本格的な精神科医療を実施しているところは20カ所位とみられる。障害者自立支援法に基づく事業所等は112ヶ所あるが、精神障害者を受け入れていないところもある。患者の実数を把握している。精神障害者家族会の活動状況については中核市の団体については把握していない。患者や家族のためにうつ病家族教室や引きこもり家族教室を実施している。市町村職員に対する研修は地域移行関連研修や自殺予防関連研修、ゲートキーパー養成研修を実施しているほか担当者会議により情報の伝達が図られている。

(2) 組織育成

精神障害者自助グループについては、今年度から県事業でピア・カウンセラーの養成を管内の法人に委託して実施しているほか、引きこもり家族会の育成支援を行っている。精神保健に關わるボランティア育成として実施しているほか、引きこもり家族会の育成支援を行っている。精神保健に關わるボランティア育成として

はデータベース養成研修が行われている。

(3) 精神保健福祉相談

精神保健福祉相談については、保健師による電話・面接相談が日常的に実施されている。家庭訪問による相談も行われているが、同時に専門的対応は難しく、状況を見ながら実施されている。また、精神科医による相談が月1回「心の健康相談」として予約制で実施されている。

(4) 車両相談

うつ病、アルコール依存、思春期精神保健、ひきこもり、発達障害（成人）等の専門相談が、「心の健康相談」の中でそれぞれ年2～3回実施されている。

(5) 社会復帰及び自立と社会参加への支援

地域ケア促進に向けた精神科医療機関の整備促進や支援としては、地域生活移行特別対策事業があり、地域生活移行や地域定着についての検討会議等で実施されている。また、自立支援法に基づく事業所・サービスの整備促進や運営支援は、知的・身体障害の行政ラインで担当しており、精神保健担当は相談があれば応じている。

精神障害者保健福祉手帳の周知のための病院との連携も要請があれば対応している。

(6) 入院

平成22年度の措置入院等の実績については下表に示す通りである。

第2.4条通報（警察官）	申請・通報等の件数	措置診察の実施件数		措置入院の件数（緊急措置入院を含む）
		6	7	
第2.5条通報（警察官）	4	3	3	5

表以外の第2.3条、第2.6条の関係やそれ以外の通報はなかった。平成21から22年度にかけて警察官通報が倍増した。24条通報の大部分は郡山市である。

措置入院期間中の当該患者への訪問面接は、一部のケア会議で検討した患者について退院前に実施した事例がある。医療保護入院（第1項）の入院届、退院届等の受理件数は入院が71件、退院が69件、医療保護入院の定期病状報告が46件であり、これは管内の1病院の数字である。応急入院届の受理数は12件でこれは郡山市も含めた4病院の数である。保健所が行った移送は22件あり全て24条通報のケースである。

保健所は県知事の行う精神科病院の指導監査を実施しており、医療観察法の地域処遇に係るケア会議にも参加している。

【平特における市町村との連携】

精神保健業務における市町村との連携については、事例検討会や管内に自殺率の高い所があるため自殺対策について日々実施されている。また、市の協同事務所への支援は、保健福祉事務所といふ組織の性格から定期的な連携が行われている。また、市町村障害福祉計画の策定や危機介入相談、組織育成、職員の研修、普及啓発については、要請に基づいて随時対応している。自立支援協議会については、障害者支援の行政職のラインが中心になって対応しており、精神保健担当への相談は少ない。また教育委員会への支援も実績がない。

【健常危機管理的な対応】

(1) 緊急の医療確保に関する連絡調整

今回の震災では、発災後3日間が職場体制が整わず、電話も通じず、市町村や医療機関との連絡調整が一切できなかった。3月18日頃になつて初めて本部からの連絡で支援チームが決定され、市町村との連絡調整に当たった。3月24日に初めての県外チームを受け入れ、以後は心のケアチームや外部支援チームの活動への補助業務や受け入れ態勢の連絡調整業務を支援チームが終わる6月中旬まで継続して行い、市町村の要望に応じてプログラムを組むを実施した。

精神科医療機関の状況把握については、やはり災害後3日以上過ぎてから情報収集が行えたが、4病院はともに被災により混乱していた。また、市町村等と連携して福祉関連施設の状況把握を行ったが電話のつながる範囲にとどまつた。市町村の避難所における医療ニーズの情報収集の実施時期が遅れたため、市町村では大混乱の状況であった。緊急医療物質については医療器具事課で対応しており、精神単独では対応しないが、相談があつたケースは医療機関と調整した。

精神科救急患者の相談、連絡時には即対応し、入院が必要なものには医療機関との連絡調整を行つた。しかし、受診支援を保健所が直接実施したケースは少なく、市町村に依頼したケースが多かつた。保健所は心のケアチームの派遣のマネジメントで精一杯であり、市町村が行う心のケア等の健康管理についての助言や連絡会議などは実施できなかつた。

避難所や仮設住宅での生活についての医療面・衛生面から指導は健康支援全般の保健師が対応したが、在宅患者や仮設住宅入所者への巡回訪問等について市町村やボランティアへの助言指導は行っていないが、健常確認や保健指導についての共有のフォーマットとして、看護協会で出している災害看護用フォーマットを基準として提供した。地域住民や各種推進員、ボランティア等と地域の心のケアを進めるための連絡調整も実施できており、最近になってから各被災市町村担当保健師の判断で必要時連絡調整会議を実施するようになつた。

(2) 在宅精神障害者への支援

精神障害者の安否確認は被災市町村への対応に追われ全く行れていない。また、管内市町村からの安否に関する問い合わせもなくなつた。精神障害者の服薬継続や生活支援については相談があれば関係機関との連携調整を実施した。精神障害者の連絡先台帳は作成できおらず、相談リストと医療保護入院者のリストのみであり、この情報は障害者支援チームの3人の中では共有されている。市町村における災害時要避難者台帳の整備も進んでいない。

(3) 情報提供・相談体制

医療関係者への情報提供は、国の通知をFAX等で適宜伝えたが、特別な連絡体制は構築しなかつた。市町村からの相談事項は精神障害を持つ人が避難所で落ち書きをなくして、避難者に危害を加えた等での対応方法の相談や、飲んでいる薬のもらい方や内容を聞く相談、すぐ入院させたいとか医療費はどうなるのかといった医療に関する相談や、警戒区域内に取り残された未治療の精神障害者をどうやって区域外に出し、受診させるか等の相談があつた。

(4) 心のケアに対する対応

保健所は郡山医師会や精神保健福祉センターや県外チームの派遣調整を担当した。精神保健福祉センターで作成途中であった「心のケアマニュアル（案）」をもとに実施した。

【まとめと考察】

(1) 震災経験を通じて指摘されること
・ 地震そのものによる被害と大津波及び放射線被曝が重なり、被災直後は、薬がない、状態が悪化したことの訴えがあつても保健所の独自活動が困難な状況にあつた。この地域は放射線被曝を直接受けではないが、住民の不安は非常に強く、その不安を緩和するためにには放射線情報の開示がもっと早く行われる必要があつた。

・ 流通の停止により、ガソリン不足で保健所職員の行動が制約され、流通回復までは2週間を要した。また、電話が不通でなかなか情報が入りらない状況であった。公的な機関が動き出さず、電話で要援護者を守る体制が必要である。
・ 管内の精神科医療機関の被災で精神科救急患者の管内で受け入れが困難であった。郡部の市町村にはもともと精神科や心療内科が少なく、向精神薬等のある薬局も少なかった。また、放射線被害の影響もあって県外からの支援が遅れた。加えて管外から避難所に押し寄せた多数の避難者は特に治療内容に関する情報が少なかつた。

- 職員体制の少なさが対応の遅れに影響した。また、初期には保健所の職員は保健師も含めて放対隊対策に動員されており、本行からの指示があるまでは避難所への保健師チームの支援活動ができないかった。
 - 外部から保健師チーム、医療チーム、心のケアチームが支援に入ったが、別々に支援に入ったため、保健所としては相互の調整が難しかった。
 - 県は中核市の大規模具有施設に臨時の避難所を設定したが、そこへの避難者の健康管理をどこが実施するのか事前の検討はなく、県の保健所には避難所を開設したことの情報もすぐには動き出せない。支援の手が届くまで、地域の多くの人が避難所に集まつたため、避難所の避難者対策が中心になり、在宅の被災者まで手が回らなかつた。
 - (2) 今後検討すべき事項
 - 精神科救護所等の設置の検討
 - 被災の混乱の中で入手も情報も少なく、精神障害者支援もすぐには動き出せない。支援の手が届くまで、支援者を地域集団の中で支える環境の整備が必要である。また、精神障害者対策では医療の専門性、使用薬剤の特殊性などから、災害直後のニーズに速やかに対応するため「精神科救護所」の設置を検討する必要がある。
- 精神科救護所は精神科医、精神保健福祉士、臨床心理士、看護師などからなる構成員で、定点型・巡回型どちらにも対応できる体制が望ましく、平常時から管内の医療機関と連携した救護所の体制を確立しておく必要がある。設置主体は市町村では難しいので県が医療機関が主体になると思われるが、保健所に設置することも考えられる。また、避難所の中に精神障害者が静かに過ごせる空間または部屋の確保、あるいは福祉避難所の整備が必要である。
- 地域では災害時要支援者台帳の整備が遅れていた。もともと、障害者が名乗り出にくく環境もあり、精神障害者に対する正しい知識の普及啓発をいそそう進める必要がある。また、個人情報保護との兼ね合いは課題としてあるが、市町村業務として、市町村防災計画の中の要支援者台帳への精神障害者の登録や災害後の安否確認を明記することなど、台帳整備を推進する方策の検討が必要である。
- 中核市内の県有施設に開設した避難所の例にとどまらず、精神保健福祉分野における災害時について、県と中核市の間での連携体制を確立しておく必要がある。
- また、平常時においても役割分担と連携体制の確認をしておく必要がある。
- 支援チームの調整機能の整備
- 複数の支援チームが地域に入った時、保健所がチーム間の調整に苦労したことから、支援チームの調整機能をどこが担うのか、ルールづくりが必要である。医療については災害拠点病院等が中心になると思われるが、地域保健分野あるいは保健と医療との連携については保健所が調整の一役を担うことが望ましい。
- 多數の避難者が一時に避難所に詰めかけたとき、重症者のトリアージのようにケニアーズによって区分けするための指針が必要ではないか。

- 田村市
福島県の中通りにあって今回大被害を受けた浜通りとなる地域であり、市の東部約三分の一が緊急時避難準備地域に指定され、東端は警戒区域に指定された。浜通りから多くの避難者を受け入れたが、広範な被災で保健所の支援が遅れ、避難者の受療情報等も少なかった。災害時要支援者台帳の整備の遅れがあり、迅速な在宅支援に課題が残つた。

【市の概要】

田村市は阿武隈高原の中央に位置し、平成 17 年 3 月 1 日に田村郡 7 町村の内、滝根町、大越町、都路村、常葉町、船引町の旧 5 町村が合併し形成された。本地域は、福島県の中核的都市である郡山市まで約 30km の位置にあり、福島県の中通りにあって浜通りとの結節点となる地域である。平成 22 年の人口は 41,099 人、65 歳以上の高齢化率は 28.8% であり、今回の震災では原発事故により市の東部の約 3 分の 1 が緊急時避難準備地域に指定され、東端が警戒区域に入った。

【組織形態と組織の概要】

市の中核的保健福祉業務は保健福祉部が担当しており、精神保健課が精神を含めた障害福祉は介護福祉課の障害福祉係が担当している。保健課は保健師が 13 人、事務職が 3 人の合計 16 人で構成されており、精神保健担当は保健師 2 人である。市内 4 か所に行政区局があり、そこには保健師 4 人と事務兼務で 4 人がいる。福祉サービス担当の介護福祉課は同じフロアにあり自立支援関係のサービス調整は両者で調整している。市内の精神保健福祉手帳保持者は 122 人、医療機関は病院が 1 カ所、診療所は 23 施設あるが、精神科関係では 19 床の精神科診療所が 1 カ所のみである。訪問看護ステーションは 2 カ所、地域包括支援センターは 1 カ所あり、障害者自立支援法に基づく事業所等は 11 カ所（グループホーム 4、通所施設 7）である。

【地域の被害状況】

地域の被害状況は平成 23 年 12 月 1 日現在で、死者 1、負傷者 5、全壊 12 戸、半壊 144 戸、一部破損 2,842 戸であった。

【平常時の対応】

- (1) 精神保健福祉の現状把握と情報提供・普及啓発
自立支援法の障害福祉サービス施設は 21 施設あるが、精神障害者を受け入れていないところがある。自立支援医療利用者の名簿を作成し相談などに利用しているほか、地域の精神障害者家族会「銀河の会」の活動への支援として、年 1 回、市の職員を派遣して患者・家族を対象とした研修会を開催している。
- (2) 組織育成
精神障害者自助グループに対しては 5 ～ 6 年前から社会復帰デイケアを実施している。また、家族会「銀河の会」の運営・育成支援を実施している。
- (3) 精神保健福祉相談の実施状況
常勤職員による電話・面接相談を日常的に実施しており、家庭訪問も相談があつたときには懇親応酬している。毎月 1 回非常勤の臨床心理士による「心の相談日」を実施しており、緊急時の対応も 4 回分くらいの予算を確保している。
- (4) 訪問指導の実施状況
常勤職員による訪問指導は、近隣に迷惑をかけている事例や退院等で困っている相談があつた場合等に実施しているが、9 割方は受診への働きかけが中心である。
- (5) 社会復帰及び自立と社会参加への支援について

【資料・参考文献等】

- 平成 23 年度版「業務概況」福島県県中保健福祉事務所
- 精神保健福祉瓦版ニュース No.171 福島県精神保健福祉センター活動報告 県中保健福祉事務所の「心のケア活動」
- 平成 23 年度東北地方太平洋沖地震による被害状況即報（第 452 版）
- 被災された皆様へ 福島県からのお知らせ 平成 23 年 12 月 5 日（月）（第 32 報）
- 福島県心のケアマニュアル（ポケット版）
- 平成 23 年度 心の健康相談のお知らせ（リーフレット） 等

【協力者】 柳澤 正信 県中保健福祉事務所長 他

自立支援協議会を年1回開催しており、精神障害者部会はないが精神障害者対策を重点項目として入れている。保健所は委員として参加し、助言・指導をもらっている。

(6) 入院など
平成23年度は11月末現在で、市長が保護者となった医療保護入院事例はまだ無い。

【保健所との連携について】

保健所は普及啓発事業の講師の紹介や予算をとっている事例については保健所の指導の下に実施している。精神の問題は市町村だけでは対応できないことが多い、保健所の支援を受けることが多い。一方で市町村障害福祉計画の策定、自立支援協議会、危機介入相談、組織育成、職員の研修、普及啓発、事例検討会、自殺対策、福祉事務所への支援、教育委員会への支援などでは、保健所とは随時連携にとどまっている。理由として市も保健所も人手が足りないこと、互いの情報交換が少ないこと、保健所は要望を受けて動く姿勢であること等が挙げられるが、県が十分な予算を確保できていないこともある。

【健常危機管理的な対応】

(1) 緊急の医療体制確保に関する連絡調整について

外部支援医療活動については、保健所の情報提供により、3月24日にまち千葉県の医療チームを受け入れた。その後も保健所の仲介で埼玉チーム、群馬チーム等が派遣されてきて、市の職員は連絡調整と支援業務に従事した。

精神科医療機関の被災状況・稼働状況・患者の受け入れ状況等についての情報は、保健所からFAXで八手した。地域の医療機関については保健所が行動を起こすのが遅かったため、市で独自に3月12日から各医療機関に問い合わせをした。保健所は3月19日に市に情報収集に来た結果、3月21日に保健所から2名が避難所へ支援に来た。初期の医療ニーズについては市が独自に避難所に行って情報収集した。

緊急医療物資については1～2週間は市が独自で情報収集した。協定市や医師会からの医療物資が先に届き、保健所から電話では2,000人が避難し、広い総合体育館には2,000人がいた。

精神科緊急対応では、在宅の統合失調症の患者を保健所と連携して入院させた例があった。

(2) 在宅支援を要する精神障害者の状況把握について

精神障害者連絡先台帳は障害福祉担当で作成しており、個人情報保護の関係で精神保健担当とは共有しておらず、情報を得るために開きに行くしかない。保健所は避難所を回ることで、不十分ながらも避難者の健康状態を把握した。避難所の責任者を置いて、情報が集まるようにしておくと良かったが、日替わりで対応が変わったためできなかった。結果として、避難者優先になってしまった。

(3) 情報提供・相談体制について

精神障害者や心のケアを必要とする住民に対する相談については、電話や直接相談で対応した。保健所からは心のケアチームが来ることの情報提供や、一緒に相談に当たることで支援をもらうことが多かった。

(4) 心のケアに関する対応

市保健師や心理士が仮設住宅を訪問して心のケアを実施している。また、県外からの応援部隊とも連携して対応した。さらに市単独事業として、5月4日から市内9会場で診療所の医師による健診相談を実施した。

その他、現在作成中である中・長期復興計画の中の放射線の健康管理計画の中に「心のケア」を入れることを考えている。

【今後の課題と対応】

- ・ 田村市は6年前に合併したが、合併後の地域の要援護者、要介護者等の管理のための台帳整備が進んでおり、住民の把握がまだしつかりできていない地域があった。要支援者台帳を整備して地域の人と共にできるようなシステムを作つて行くことが必要である。
- ・ 地域はまだ閉鎖的なところがあり、台帳整備が進まないことの一因にもなっており、心の病気への理解、

予防への健康づくりの知識等の普及啓発が必要である。

- ・ 避難者のほとんどが市民ではなく、見ず知らずの人が、全く情報のない人たちだったので、個別に健康状態を開き出すしかなかったことが、現場の混乱を大きくしたと思われる。地元の避難者も避難所に避難してきたが、ほとんどがコミュニケーションセンターで対応ができた。多くの人が避難してきた時に、心の問題を抱えた人をどう区分けして対応すべきかを明示した指針の検討が必要ではないか。
- ・ 在宅で援助物資や医療情報が届きにくい住民の方にも目を向ける必要がある。この意味でも要援護者台帳の整備と活用が有効であると思われる。
- ・ 保健所が市町村支援に動くのが遅れた理由はいくつかあるが、精神保健対策に従事すべき職員が他の業務に動員されたことも見逃せない。被災の早期から心の対策に専念できるように体制を組んでおくことが望まれる。
- ・ 被災後、有名なタレントのボランティアによる自殺予防のイベントでセミナーやコンサートを開催し盛況であった。このような活動は心の健康保持につながるのではないか。

【資料・参考文献】

1. 田村市ホームページ www.city.tamura.lg.jp
2. 平成23年度田村地域“命を守る”イベント【リーフレット】
3. 平成23年度 田村市役所組織図

【協力者】 石井 裕美子 田村市保健福祉部保健課長 他

【平時における保健所の精神保健福祉業務】

- (1) 精神保健福祉の現状把握と情報提供
- ・自立支援法の障害福祉サービスの施設リストの作成を行うとともに、市町村職員等を対象とした研修会を年2～3回開催し、情報提供を行っている。
- ・措置入院連絡情報、医療保護入院連絡情報、自立支援医療（精神通院医療）連絡情報については、個別支援のために活用している。
- (2) 精神保健福祉相談
- 常勤職員による電話・面接相談、常勤職員による家庭訪問による相談、その他の担当者（非常勤職員等）による相談、精神科医による相談については、相談があつたときに概ね即対応できる状態である。
- (3) 社会復帰及び自立と社会参加への支援
- 日常的に自立支援協議会の整備促進や運営支援を行うとともに、職親事業を活用して社会復帰、自立、社会参加への支援を行っている。
- (4) 入院及び重院医療関係

平時（平成22年度）における入院、通院については医療保護入院の受理件数324件、退院届307件、医療保護入院定期病状報告168件、措置入院の定期病状報告（23条）1件である。また、申請・通報件数は22件、24条通報（警察官）が最も多く16件で措置診察実施件数は8件、うち措置入院は6件となっている。その他25条通報が5件、23条通報が1件であった。

【平時における市町村との連携】

保健所と市町村における、平時の連携体制に関する連絡体制の策定、危機介入相談、組織育成、職員の研修、普及啓発、事例検討会、自殺対策、福祉事務所への支援については随時の連携、教育委員会への支援は連携無しであった。

【健康危機管理的な対応】

災害後、保健所自体が被災しながら、様々な活動が行われている。3月18日から保健活動班を編制し、被災市町に保健活動コーディネーターの派遣が行われた。3月23日以降、県内の被災の深刻かつた保健所等から4月30日まで、保健師、リハビリテーション職、事務職員等が派遣されてきている。そのなかで、精神保健分野における取り組み状況については下記の通り。

(1) 医療確保に関する連絡調整

- ・3月18日以降、石巻日赤病院が主催する医療ミーティングに参加、精神医療を含む管内の医療確保に関する情報収集と連絡調整。
- ・精神科領域の医療機関の被災状況・稼働状況・患者受け入れ状況について情報収集を行った。
- ・緊急医療物資について、過不足や追加支援の必要性について情報収集を行った。
- ・精神科救急患者の診察後、入院が必要なケースについて医療機関との情報連絡を行つた。被災した直後でも、あり、担当保健師、受け入れ精神科病院も対応に難渋したようだ。
- ・避難所や仮設住宅での生活について、医療面・衛生面から市町村等に対し助言指導を行つた。
- ・健康確認や保健指導について共用フォームや情報媒体を作成するなど技術支援を行つた。

(2) 在宅精神障害者への支援

- ・発災後1ヶ月以降、精神障害者の安否確認を行つた。
- ・精神障害者の連絡先台帳とそのバックアップを作成し、所内で情報共有した。
- (3) 情報提供・相談体制
- ・管内精神保健医療福祉推進会議を立ち上げ、定期的に開催している。

(4) 心のケアに関する対応

- ・4月1日から石巻日赤病院で開催される心のケアミーティングへ参加。
- ・保健所が行う心のケアとして、保健所保健師が医療機関、県外からの応援部隊、県精神保健福祉センター、

管内市町村、相談支援事業所と連携して、心のケアを実施。

- 市町村の心のケア支援として、保健所保健師が医療機関、県外からの応援部隊、県精神保健福祉センター、地域包括支援センター、居宅介護支援センター、高齢者入所施設、相談支援事業所等と連携して、発災後2～3日から心のケアを実施。
- ・5月上旬から各市町と「今後の保健活動計画」を作成、そのなかで、女川町において心のケアに関する工程表の作成支援を行つた。

(5) 医療と福祉等の連携への対応

- ・11月15日、地域包括ケアを中心とする保健・医療・介護・福祉の連携体制の整備を目的として、地域医療対策委員会「医療と福祉の連携推進検討専門委員会（第1回）」を開催した（医療関係者、保健福祉関係者、住民、管内3市町）。今後、2カ年計画で連携推進のための提言をまとめるこことしている。

【まとめと考察】

宮城県においては、昭和53年の「宮城県沖地震」、平成15年の「宮城県北部連続地震」、平成20年の「岩手・宮城内陸地震」等により、県内各地に大きな被害を受けたこともあり、想定される被災規模に応じた保健活動を迅速かつ効果的に行うために「宮城県災害時保健活動マニュアル」（平成23年3月、宮城県保健福祉部）が策定されている。

本マニュアルは、災害対策基本法に基づき、平成9年6月に宮城県が見直し策定した「宮城県地域防災計画」の実践及び「第2次みやぎ震災対策アクションプラン」に掲げた事前対策を含む活動を推進するものであり、また平成11年1月に策定した「大規模災害時医療救援マニュアル」の「防疫・保健衛生活動の保健対策」の部分を詳しく述べたものである。内容は、保健福祉部所管のうち、1)被災市町村支援のための保健福祉部職員の派遣並びに他自治体職員の派遣要請及び受け入れを含めた体制整備、2)被災者の健康管理等に関するこことを中心として、平成23年3月にまとめられた。

このマニュアルには、公衆衛生分野のうち、健康相談、栄養指導、口腔ケア、生活不活潰予防、エコノミックラス症候群、看護活動、感染症予防、妊娠婦・乳児・乳幼児支援、心のケア（精神保健福祉センター）・児童の心のケア（児相）等、主に保健師、栄養士、PT/OT、心理技術職員等の役割が記載されている。

このように、災害等に関する危機管理体制や保健所の役割等に関する、「宮城県地域防災計画」、「第2次みやぎ震災対策アクションプラン」、「大規模災害時医療救援マニュアル」、「宮城県災害時保健活動マニュアル」等が基本となる。

(1) 指揮命令系統

1. 医療の確保と調整
- ・医療の確保については、宮城県においては、災害拠点病院として基幹災害医療センターとして独立行政法人国立仙台医療センターを、地域災害医療センターとして石巻赤十字病院等併せて14の災害拠点病院を指定するとともに、平成9年3月宮城県医師会との「災害時の医療救護に関する協定」の締結、8病院を宮城県災害派遣医療チーム（宮城DMAT）指定病院に指定・派遣する協定の締結、県内の災害拠点病院と県・市郡市医師会、腫瘍研究所等に「災害時医療情報網」の整備、宮城県救急医療情報システムに「災害モード」を加え、災害時の医療機関の被災状況や稼働状況の情報を共有できるようになるなど、県医療整備課を中心として施設・設備・連携体制の整備が図られてきた。
- また、大規模災害時における医療確保のための調整役として、11人の医師に「宮城県災害医療コーディネーター」が委嘱されており、石巻赤十字病院の災害医療コーディネーターを調整として、医療体制の調整が図られてきている。

2. 公衆衛生分野における指揮命令系統と保健所の役割
- ・災害時の指揮命令系統は、県災害対策本部が設置された場合にはその指揮下に入ることになる。県が主体となる現場の保健分野に関する活動については、保健福祉事務所長（地域事務所長）が活動単位ごとにリーダーを指名し、職員間で指揮命令系統を明確にしておくこととされている。そのための保健福祉事務所内における体制として、所内横断的なチーム編成をため設置し、保健活動が行われるが、災害の規模・状況の変化

環境全体の構の連携・調整と言ったマネージメント業務が連動する必要があるが、その中核的役割を担うと思われる企画調整部門の企画総務班は、各部門が独立していることや、人員等の体制上、現実的には難しい、災害等の危機発生時にはそのままがら業務を行なうと思われる。

2. 市町村・関係機関・団体等との連携

日頃から、管内市町と業務等を通じて連携していくことが望まれるが、平成9年の地域保健法施行以降、効率的業務形態や行政改革の推進の結果、市町と保健所が協働で、地域精神保健福祉活動に従事することが少なくなった。当該管内においても、保健所の対応として、管内市町の自立支援協議会へは日常的に参加しているが、組織育成や普及・啓発、研修会といった地域の基盤づくりや福祉事務所への支援、計画的業務の推進のための市町村障害福祉計画策定委員会に際しては随時に連携しながら対応している。

今回の県地調査において、精神保健福祉法上、都道府県知事の行政措置、いわゆる精神障害者の緊急時の対応には保健所が行っている。市町の担当者へのヒアリングでも、精神保健は保健所の業務ととらえられる。精神障害者が災害を契機として悪化したり、災害により新たに精神症状が発現したり等、精神科医療を必要とする事例への対応とともに、身体的症状や生活支援を必要とする事例への対応を行う他、地域精神保健福祉対策は、保健所や市町村、精神保健福祉センターといった行政機関はもちろん、自立支援法の障害福祉サービス提供事業所、家族、当事者、地域住民が、協働でおこなっていくものとして地域のながれで位置づけをし、進めいくことである。

今回の甚大な災害時には特に心のケアと生活支援といった包括的なケアが重要とされる。精神障害者が災害を契機として悪化したり、災害により新たに精神症状が発現したり等、精神科医療を必要とする事例への対応とともに、身体的症状や生活支援を必要とする事例への対応を行なう他、地域精神保健福祉対策は、保健所や市町村、精神保健福祉センターといった行政機関はもちろん、自立支援法の障害福祉サービス提供事業所、家族、当事者、地域住民が、協働でおこなっていくものとして地域のながれで位置づけをし、進めいくことである。

そのためにも、地域においては相談しやすい窓口の設置と拡大、住民への周知、相談窓口職員の資質の維持・向上、地域住民への普及・啓発、相談窓口へ繋いでくれる地域のキーパーソンづくり、身体の不調を訴えて受診する一般診療医療機関への普及・啓発、一般診療科から必要に応じて精神科医療機関への紹介システムの整備等、地域全体で心のケアをすすめる体制づくりが必要である。地域の医師会、精神科医会、精神保健福祉社会、臨床心理士会、看護学会の協力を得て、いわゆる1次予防から2次予防、医療連携から3次予防といった地域精神保健福祉の体制づくりは、精神保健福祉センターと協力しながら、保健所がその役割を担う必要がある。日頃から顔の見える関係づくりを、業務を通して行っていく必要があるのではないかと思われる。

【参考文献等】

1. 宮城県災害時保健活動マニュアル、平成22年3月、宮城県保健福祉事務部
2. 東部保健福祉事務所管内の保健福祉統計資料集、平成23年11月、宮城県東部保健福祉事務所
3. 宮城県ホームページ、<http://www.pref.miyagi.jp/et-hc/>

【協力者】

大久保久美子 東部保健福祉事務所保健医療監兼石巻保健所長
粕谷 紗子 東部保健福祉事務所地域保健室母子・障害班

化に応じて臨機応変に再編・統合しながら活動する。
人的支援体制としての保健福祉事務所（地域事務所）の役割として、被災した事務所では、①災害対策本部地方支部との調整、②被災市町村の保健活動支援、③保健師等専門職種等の派遣要請・受け入れ体制の整備支援、④保健活動取り組み状況の情報提供、被災のなかつた（堅かつた）事務所では業務支援のための職員を派遣する。

被災市町村への支援に関しては、当該市町村職員は目前の住民対応に追われ、十分な情報収集や判断・活動が困難となることから、保健福祉事務所からコーディネータを派遣し、支援することとしている。コーディネータは、被災市町村に出向き、保健活動の対応協議の場に参画することともに被災保健福祉事務所との連絡調整を行うことになっている。また、心のケアに関する点では、精神保健福祉センターの役割として、①心の健康相談電話（ホットライン）の開設、②心のケアームの編成と、被災者等への心のケア、③心のケアチームの派遣要請等を行う。

公衆衛生分野における指揮命令系統に関しては、保健福祉事務所の危機管理体制が基本となっていることから市長をトップとした形態となっているが、規模に応じて組織の再編が行われるといった柔軟な対応も行われる。ただし固定した体制になってしまはずめ、医療に比べて指揮命令系統が不明確であるといった側面も有している。特に、保健、介護、福祉分野と医療との連携に関して市町村、関係機関・団体等との連絡調整、指揮命令系統について課題となっている。

3. 保健所長の役割

保健福祉事務所と保健所といった2つの組織が存在することから、明確に業務と指示系統が区別されにくく、組織形態上、最終意思決定者が保健福祉事務所長であることや、保健所長が、保健福祉事務所長と副所長の間のスタッフとして位置づけられていることから、地域保健法上、保健所業務として定められた業務についても、保健所長の役割として意思決定しやすい構造となっている。人事管理や労務管理に関しては、技術職員に関する助言等は行なっても決済権を有しない。精神保健福祉業務に関しては、担当保健師や統括保健師である技術次長が担当している。

災害時の対応については、保健福祉事務所という組織の内外で指揮命令系統がつくられており、コーディネータの派遣や組織の再編等についても、保健所と言うより保健福祉事務所単位で行われれる。現地方策本部への参加は、所長、副所長が出席する。また、危機管理に関する様々な文書も事務所長宛となる。公衆衛生業務を企画・実践・評価していく保健所長の役割がはっきりとしないといった印象がある。

(2) 震災を通じて考えられること

1. 保健所の組織形態と保健所長における位置づけ
保健所の業務は、地域保健法に定められているように人口動態統計・地域保健に関する各種統計、栄養改善・食品衛生、環境衛生、医事・薬事、公共医療事業、保健（母子、老人、歯科、精神、健康増進等）、難病、感染症、試験・検査等、公衆衛生全般とも言える広域的な分野において、企画・調整・指導等を行うことになっており、そのため、保健所長は公衆衛生の専門家としての医師であることとされている。

健康相談や健診調査、健康教育、保健指導、救護活動・支援といった医療技術者としての業務は、災害時等健康危機管理の上で極めて重要なものの、甚だ広域的な危機事象下において対応するには、多くのスタッフが必要となり、保健所長あるいは保健所医師だけでは対応不能である。外部からの多くの技術支援者等を活用し、必要な部署・業務に対し、人と組織、情報を割り当て、全体の連携管理を行うと切った、いわゆるマネジメント機能が不可欠である。

広域的な自然災害等、地域住民の健康危機管理を必要とする際には、保健所は地域における重要な保健医療機関であるが、平時に保健所長がスタッフのポストに位置づけられている組織体制で、迅速・的確な公衆衛生活動が可能か、今後、検討する必要があるのではないかと思われた。

今回は保健活動に関して保健所長をラインに組み入れた臨時的組織が3月下旬に設置されている。ただし、災害時の危機管理は避難所や仮設住宅等の住民の生活及び心身の健康状態の把握、感染症や食中毒等のサーべインス、管内医療機関の被害状況・稼働状況・過不足等の情報把握と連携体制と言った現状評価、食中毒予防、感染症予防等の防疫活動や生活環境の衛生状態の改善・指導と言った実践活動、医療・保健・福祉・

2. 宮城県石巻市

【石巻市の概要】

宮城県東部に位置する県内第2の人口を擁する市。明治時代から、金華山沖漁場を背景に漁業のまちとして栄えている。平成17年4月1日には石巻市、河北町、雄勝町、河南町、桃生町、北上町、牡鹿町の石巻地域1市6町が合併し、新・石巻市として新たなスタートを切った。

表1 管内の概況（人口は平成22年10月1日現在）

管内人口	161,636（人）	高齢者人口	43,176（人）	26.7%
精神保健福祉手帳保持者	524（人）			
医療機関数	病院 精神科病院（病院数）	震災前10（1,714床） 震災後7（1,348床）	震災後92（216床）	
精神科診療所	診療所 訪問看護ステーション	震災前103（232床） 震災後〃		
障害者自立支援センター等	震災前3（か所） 地域色括支援センターアリ	震災前9 震災後7		
医療機関数（は震災前123、3.10、震災後1423、9.11）	110以上（か所）			

【組織形態と組織の概要】

(1) 組織形態

石巻市の組織形態として、石巻市本庁舎に総務、企画、生活環境、健康、福祉、産業、建設の7部と病院局その他、河北、雄勝、河南、桃生、北上、牡鹿の6つの総合支所が設置されている。健康開拓業務に関しては、本庁舎では健康部、総合支所では保健福祉課若しくは保健センター、精神保健福祉課、健体制進課の所管となっている。病院局には石巻市立病院、石巻市立牡鹿病院、石巻市立雄勝病院、石巻市立桃生病院、石巻市立北上病院、石巻市立河北病院、石巻市立河南病院、石巻市立桃生病院、石巻市立雄勝病院の3つの病院が設置されている。

(2) 常勤職員数

石巻市における常勤職員数は、全体で1,799人。石巻市立病院を有しているため、医師36人、その他の医療従事者42人、栄養士15人の他、保健師44人、事務職員1,662人となっている。精神保健福祉業務に関する職員としては、保健師が（専従ではない）5人で從事し、精神保健福祉士や臨床心理技術者は配置されていない。

【地域の被害状況】

石巻市的人的被害状況（平22.11.1現在）は死者3,282人、行方不明者669人、住家被害状況は全壊19,374棟、半壊及び一部損壊14,036棟で、何らかの住宅被害は33,410棟と世帯数56,857世帯の約59%。津波による浸水面積は73Km²と市の面積55.8Km²の13%と、市町村では最大級の甚大な被害をこうむった。

【平時における石巻市の精神保健福祉業務】

(1) 精神保健福祉の現状把握と情報提供

精神保健福祉施設や業務の進捗状況等について、下記のような項目について、現状把握するとともに、地域住民とも連携しながら広報・啓発に努めている。

- ・ 自立支援法の障害福祉サービス等の施設リストを作成している。
- ・ 自立支援医療（精神通院医療）利用者については、約1,500人（H21年は1,720人）と実数を把握している。
- ・ 精神障害者家族会の活動状況については、家族会が今年度は活動休止状態であるものの、昨年まで連携し

て活動を行っている。

- ・ 委託先の精神障害者コミュニティーサロンKAIと協力して患者や家族に対する研修等を実施している。
- ・ 役場職員や介護分野等の職員に対して、スキルアップ研修等精神保健に係る研修を実施している。
- ・ 地域住民の心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については、地域住民とも連携しながら、PRや案内文の送付等を行っている。

(2) 組織育成

- ・ 従来から精神保健等の未受診者対策については、市町村で行われており、患者会や作業所の立ち上げ、運営支援等については実施してきた。
- ・ 在宅精神障害者への支援として、生活訓練やレクリエーション等を行うための精神障害者回復クラブ（つくしの会、すみれ会、ホツとする会等）、精神障害者自助グループの育成支援や参加、啓発活動を実施している。
- ・ 自殺の背景にある心の病、経済、雇用、家庭といった様々な多岐に亘る課題について、相談窓口の設置箇所を増やすとともに、身近な住民同士で悩みを開いてもらうための傾聴ボランティア養成（研修会や講演会等実施）と活動「サロン・さくら」の支援を行ってきている。
- ・ 自死遺族の会、子を亡くした親の会の後方支援を行っている。
- ・ 平成20年度から、高次脳機能障害者の会「かもめの会」を支援してきている。

(3) 精神保健福祉相談

- ・ 市内の精神保健福祉はに関する相談が多いことから、日頃から保健所とは連携をとりながら対応している。
- ・ 常勤職員による電話・面接相談、常勤職員による家庭訪問による相談については、日常的に実施しており、相談時に懸念即対応ができる状態である。
- ・ その他の担当者（非常勤職員等）による相談については、相談があつたときに懸念即対応できる状態である。
- ・ (4) 社会復帰及び自立と社会参加への支援

日常的に自立支援協議会の整備促進や運営支援を行うとともに、職種事業を活用して社会復帰、自立、社会参加への支援を行っている。

(5) 訪問指導の実施状況

- ・ 常勤職員による訪問指導については、相談があつたとき随時実施している。
- ・ その他、精神科医等、非常勤職員による訪問指導は年数回程度実施している。
- ・ 訪問指導件数全体のうち、「受診への働きかけ」、「担当職員による計画的訪問等」がそれぞれ半数ずつ

(6) 社会復帰及び自立と社会参加への支援

- ・ 自立支援協議会は実施しているものの、精神障害者部会は2年ほど開催していない。
- ・ 保健所との連携については、委員として策定に参与、資料・情報の提供、助言・指導を受けているが、保健所との連携の程度は小さいと感じている。
- ・ 精神障害者保健福祉手帳の周知のため、病院等と連携においては、ケア会議などを活用して行っている。
- ・ 自立支援事業所への同行、訪問、相談、家族支援等で社会復帰、自立、社会参加への支援を行っている。
- ・ なお、市町村としてデイケアは行っていない。
- ・ (7) 入院及び通院医療関係事務

- ・ 震災以降、平成23年4月1日～9月30日市町村長が保護者となつた医療保険入院事例を既に経験した。
- ・ 第2期障害福祉計画が策定済み。障害福祉計画への取組について、保健所からの支援・連携の程度は小さないと回答。
- ・ (8) その他

- ・ ハローワークとのダイアブロによる心の相談会、市民相談センター、保険年金課、納税課、保健課、介護保険課、商工課、学校教育課、学校給食課、子育て支援課等との府内連携をもとにした生活支援、携帯やPCでアクセスできる心の自己チェック表（心の温度計）等、安全・安心・安眠心の不安が図られるような支援を、平時の精神保健活動として行っている。

- 多くの関係機関・団体の支援チームによる、心のケアチームのコーディネートが大変だった。最高10チームのときは、どこに配置したらいいか、他の業務もあり人員配置のスタッフ不足を感じた。
- いろんな職種が県を通さないで心のケアをしたいとの問い合わせが殺到した。信頼がおける団体なのかどうかの判断に迷った。どこかが（県や保健所）、一括で受け、情報の整理、機関・団体の評価を踏まえて、派遣してくれるといいのではないかと思われた。
- 心のケアDMA-Tのようなノウハウをたくさん持ち合わせ、現場に柔軟に対応してくれるコーディネートもしてくれた専門職がほしかった。
- 精神開発救急医療との連携強化（救急隊、医療機関等）の必要性。
- 身体医療チームとの連携が重要。12（石巻市内）のエリアに分け連携をしたが、次々とスタッフが変わり、密な連携が難しい点があつた。中期的（例：少なくとも1週間単位）での派遣があると良かった。
- 災害医療コーディネーターとの連携を、早期から立ち上げられると良かった。入院機関との調整が発当初はとにかくかった。ベットの空き情報が瞬時にわかり受け入れ態勢が確認できるシステムがほしい。
- 国のプランの迅速な情報提供が望まれる。石巻市へP SWの派遣要請を行ったが、実らなかつた。
- 震災対応の保健医療福祉の連携が必要（平時の連携を十分にすることが大切）。
- P SWの現地サポート支援など現地の必要性を瞬時に判断し対応することを求めたい（最低1～4週間隔で派遣がほしかった）。
- 普段の保健活動が、震災後に生きることを実感した。

- 府内連携（困難事例についての対応）、ハローワークとのタイアップで心の相談会開催
- 住民組織（自主グループ含む）による仮設カフェでの顕懸活動、運動リーダーによる玄米ダンベル体操の実施、遊びーション等
- 【まとめと考察】**
- (1) 平時の地域活動
- 市町村合併後、新しい行政組織のなかで、地域のつながりをいかに構築・強化していくか重要な課題の一つである。石巻市においては、本庁舎の他に6つの総合支所を設置し、日7自治体の地域性を生かした行政対応を行っている。震災直後の在宅精神障害者への支援等については、本庁、総合支所それぞれが震災後2～3日と、行政組織も被害を受けた中で、比較的早期に活動が成されており、地域住民に近い行政組織の存在が有益だつたと思われた。
- 多くの自治体では、保健師の分散配置による業務担当制をとっているが、避難所や仮設住宅という空間の中で、「休養すること」「食べること」「排泄すること」「生活資金・雇用確保」など生活全般にわたる支援が必要となつた。石巻市においては、自殺対策の一環として、庁舎内において市民相談センター、保健年金課、納税課、保護課、介護保険課、宿泊施設課、子育て支援課等との庁内連携をもとにした生活支援を、平時から行っており、これらの庁内連携は住民の総合的支援の有効な手段となつた。
- また、日頃から地域住民活動支援に力を入れており、庁舎の市民活動ルームの開放や地域住民と協働した普及啓発やボランティア養成等を行つている。このことは、地域住民同士のつながりが地域精神保健福祉活動の基本となることから、心だけではなく、体や生活支援と連携した地域活動は、災害等の危機時にとつても、非常に大切な取り組みだと思われた。
- (2) 平時の地域精神保健福祉活動
- 石巻市においては、自立支援法の障害福祉サービス等の施設リストの作成や、自立支援医療（精神通院医療）利用者の把握、精神障害者コミュニティサロンKAIと協力して、患者や家族に対する教室等の実施、P Rシャルワーカーの配置、国府台病院、宮城県こども総合センター等の医療専門家による巡回相談・支援体制の整備、幼・小・中・高教員等を対象とした研修会、教育委員会の各校への巡回相談→医療専門家へのつなぎ、保護者向け講演会、保健所への差違相談員・医師による巡回相談、ミニ講話等を行つている。
- 市職員・消防署職員に対しては、幹部職員や市職員への講話、全職員を対象とした健康調査（心の身体の自己チェック）、個別面談の実施等。
- (3) 全体を通じた担当保健師の自由意見等
- また、平成9年の地域保健法施行以降、保健所と市町村の役割分担が進み、事業を通じての連携の機会が少

【平時における保健所との連携】
保健所と市町村における、平時の連携体制に関する議論としては自立支援協議会への参加、市町村障害福祉計画の策定、危機介入相談、組織育成、職員の研修、普及啓発、事例検討会、自殺対策については随時の連携、福祉事務所への支援、教育委員会への支援は連携無しであった。石巻市内においては、住民等からの精神保健福祉に関する相談が多いことから、日常業務として相談対応が隨時行われている。必要時、随時連携を図りながら行っている。

【健常危機管理的な対応】

- 災害後、甚大な被害を受けたにもかかわらず、発災2日目から心のケアチーム等、外部支援医療救助隊活動に關する補助業務や、受け入れ体制の連絡調整を行つている。精神保健福祉分野における、主な取り組み状況については下記の通り。
- ① 医療確保に関する連絡調整
 - 発災2日目～3日目から、心のケアチーム等、外部支援医療救助隊活動について補助業務や、受け入れ態勢の連絡調整を行つた。
 - 精神科医療機関の被災状況・稼働状況・患者受け入れ状況について情報収集を行つた。
 - 保健所と連携して近接する地域の病院や診療所の稼働状況、医療ニーズや、福祉関連施設の状況についてについて情報収集を行つた。
 - 緊急医療物資の過不足や追加支援の必要性について情報収集を行つた。
 - 精神科救急患者（措置監察対象者以外でも重篤な精神障害や身体合併症を有する事例等、緊急の診察と思われる事例）の診察について、医療機関との情報連絡を行つた。
 - ② 在宅精神障害者の支援
 - 精神障害者の安否確認については、浸水のため本庁は3日目から、総合支所は2～3日目から行つた。
 - 精神障害者の服薬継続や生活支援について関係機関との連携調整を実施した。
 - 精神障害者→要援護者の連絡先台帳については、「福島総務課において要援護者支援台帳とそのバックアップを作成していたが、府内で情報共有ができるよう検討中だった。
 - ③ 情報提供・相談体制
 - 精神障害者や心のケアを必要とする住民に関する情報については、電話や医療機関を訪問し、医療関係者へ提供、あるいは相談対応した。
 - 保健所からの支援については、心のケアの打ち合わせ、会議、情報提供、心のケアミーティング等があげられた。
 - ④ 心のケアに関する対応
 - 心のケアに関しては、発災3日以降、石巻市の保健師や看護師が担当して、医療機関、県外からの応援部隊、精神保健福祉センター、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、相談支援事業所等と連携しながら、対応した（図：資料1「仮設住宅における支援体制」）。
 - 優先度の決定と効率的事業運営等のため、平成24年度に健康増進計画の中間評価を予定し、震災後に対応できる計画に見直す予定。そのなかで、心のケアに関する業務計画も作成することとしている。
 - アルコール依存症、アルコール問題への対応として、日本ASW協会のASW（Alcohol Social Work）のチームが市のバックアップとしてアウトリーチ及び事例検討等の支援をしている。
 - 子どもの心のケアに関しては、実態把握と支援活動の強化として、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカーの配置、国府台病院、宮城県こども総合センター等の医療専門家による巡回相談・支援体制の整備、幼・小・中・高教員等を対象とした研修会、教育委員会の各校への巡回相談→医療専門家へのつなぎ、保護者向け講演会、保健所への差違相談員・医師による巡回相談、ミニ講話等を行つている。
 - 市職員・消防署職員に対しては、幹部職員や市職員への講話、全職員を対象とした健康調査（心の身体の自己チェック）、個別面談の実施等。

【参考文献等】

1. 東部保健福祉事務所管内の保健福祉統計資料集, 平成23年11月, 宮城県東部保健福祉事務所
2. 石巻市統計書,
3. 宮城県ホームページ, <http://www.pref.miyagi.jp/et-hc/>
4. 石巻市ホームページ, <http://www.city.ishinomaki.lg.jp/index.jsp>

【協力者】

菅沢はづ子 (保健師) 宮城県石巻市健康部健康推進課技術課長補佐

なくなつてきているが、精神保健福祉相談といった事例対応や普及・啓発活動等を通じて、保健所と市の担当職員との間の見える関係が確保されたこととも、災害後の対応に有益だった。

(3) 保健師等の人的資源

医療の確保のみならず、食事、休養、運動、排泄、陸運物や飲料水確保等生活衛生環境確保、居住や雇用の確保等の生活支援といった公衆衛生全般にわたる対応が、地域精神保健と無縁ではなく、むしろ密接に関係している。地域ごとに、母子保健から高齢者保健までを経験するとともに、それぞれの活動を通じて培ってきた保健医療機関や從事者、地域住民等とのパイプと経験は、地区担当制時代の中堅以上の保健師が有していたが、分担配置後に採用された業務担当制の保健師のスキルの差が見られた。これらの連携、経験や人的財産等をいかに、若手の保健師に継承していくかは、課題の一つと考えられた。

- (4) 公衆衛生分野における調整機関の存在
広域的な自然災害への対応として、医療の確保に関しては、宮城県内において石巻赤十字病院等14の災害拠点病院を指定するとともに、医療確保の調整役として、11人の医師に「宮城県災事医療コードイネーター」が委嘱されている。石巻地域においては、石巻赤十字病院の災害医療コードイネーターを調整役として、地域住民の健康管理が実施されることになっており、今回も地域内医療機関の情報収集や医療連携の調整、外部支援団体と連絡調整等、その機能が發揮された。
- (5) 災害医療コードイネータと連携して医療の確保等、公衆衛生活動を創める上で有益だった。ただし、さらに災害時の危機管理は避難所や仮設住宅等の住民の生活及び心身の健康状態の把握、感染症や食中毒等のサーベイランス、管内医療機関の被害状況・稼働状況・過不足等の情報把握と連携体制と言った現状評価、食中毒予防、感染症予防等の防疫活動や生活環境の衛生状態の改善・指導と言った実践活動、医療・保健・福祉・環境全体の横の連携・調整と言ったマネジメント業務が運動する必要があるが、その中核的役割を担うと思われる公衆衛生分野における調整機関の存在を求める声も大きかった。

心のケアに関しては、発災直後からの精神科救急に対応するために支援に訪れた多くの外部の心のケアチームの評価と必要な箇所への配置、体と心の健康に関する連絡調整の場の設置、地域の精神保健福祉医療に関する情報の収集と解析・提供、慢生期以降地域住民と相談窓口対応の設置と広報、医療機関、精神科医療機関との連携体制等、市町村単位では対応が難しい課題調整の場の設置が望まれる。

(6) 関係機関・団体等との連携

日頃から、管内市町は保健所や精神科医療機関等と業務を通じて連携しておこなっているが、平成9年の地域保健法施行以来、効率的業務形態や行政改革の推進の結果、市町と保健所が協働で、地域精神保健福祉活動に従事することが少なくなった。しかしながら、精神障害者の医療とともに、地域生活支援、心のケアといった幅広い、地域精神保健福祉対策は、保健所や市町村、精神保健福祉センターといった行政機関はもちろん、自立支援法の障害福祉サービス提供事業所、家族、当事者、地域住民が、協働でおこなっていくものとして地域のなかで位置づける必要がある。

そのためにも、地域においては相談しやすい窓口の設置と拡大、住民への周知、相談窓口職員の資質の維持・向上、地域住民への普及・啓発、相談窓口へ繋いでくれる地域のキーパーソンづくり、身体の不調を訴えて受診する一般診療医療機関への普及・啓發といった市町村が得意とする分野と、一般診療科から必要に応じて精神科医療機関への紹介システムの整備等、精神保健福祉センターの協力を得て、地域の医師会、精神科医会、精神保健福祉士会、臨床心理士会、看護協会等の協力を得て、地域全体での心のケアをすすめる体制づくりに力を発揮できる保健所が協働していく必要がある。

担当保健師の意見にもあったように、日頃から顔の見える関係づくりを、業務を通じてしていく必要があるのではないかと思われる。

【資料】

1. 仮設住宅における支援体制
2. リーフレット「ひとりで悩まないで誰かに相談してみませんか？」

3. 宮城県女川町

【女川町の概要】

日本有数の漁港である女川漁港があるほか、南の石巻市との境界地域に女川原子力発電所が立地することでも知られる。市町村合併は行われていない。

表1 町内の概況（人口は平成22年3月末現在）

管内人口	10,232（人）	高齢者人口	3,449（人）33.7%
精神保健福祉手帳保持者	26（人）		
医療機関数	病院 震災前1（98床）震災後0（0床） 診療所 震災前3（0床）震災後1（19床）		
精神科病院（病院数）	震災前 0 病院（0床）		
精神科診療所	震災前 0 (か所)		
訪問看護ステーション	震災前 1 震災後 1		
地域包括支援センター	震災前 1 震災後 1		
障害者自立支援法に基づく事業所等	あり 6 (か所)		
	医療機関数は震災前23、3、10、震災後は23、10、1		

（保健福祉統計資料：東部保健福祉事務所）

【組織形態と組織の概要】

(1) 組織形態

女川町の組織形態としては、総務課、町民課、健康福祉課等9課からなっており、心の健康や精神保健福祉対策は、主に健康福祉課で行っている。

(2) 常勤職員数

女川町の常勤職員数は、平成23年10月1日現在、保健師5人、栄養士1人、事務職員160人である。精神保健福祉業務に関する職員としては、明確に規定されていないが保健師等に対応している。精神保健福祉士は保健師が兼ねており、独立していない。臨床心理技術者は配置されていない。

【地域別の被状況】

女川町の人的被状況（H23. 8. 1現在）は死者705（含：死亡認定者）人、行方不明者127（含：確認不能者）人と甚大な被害をこうむった。

【平時における女川町の精神保健福祉業務】

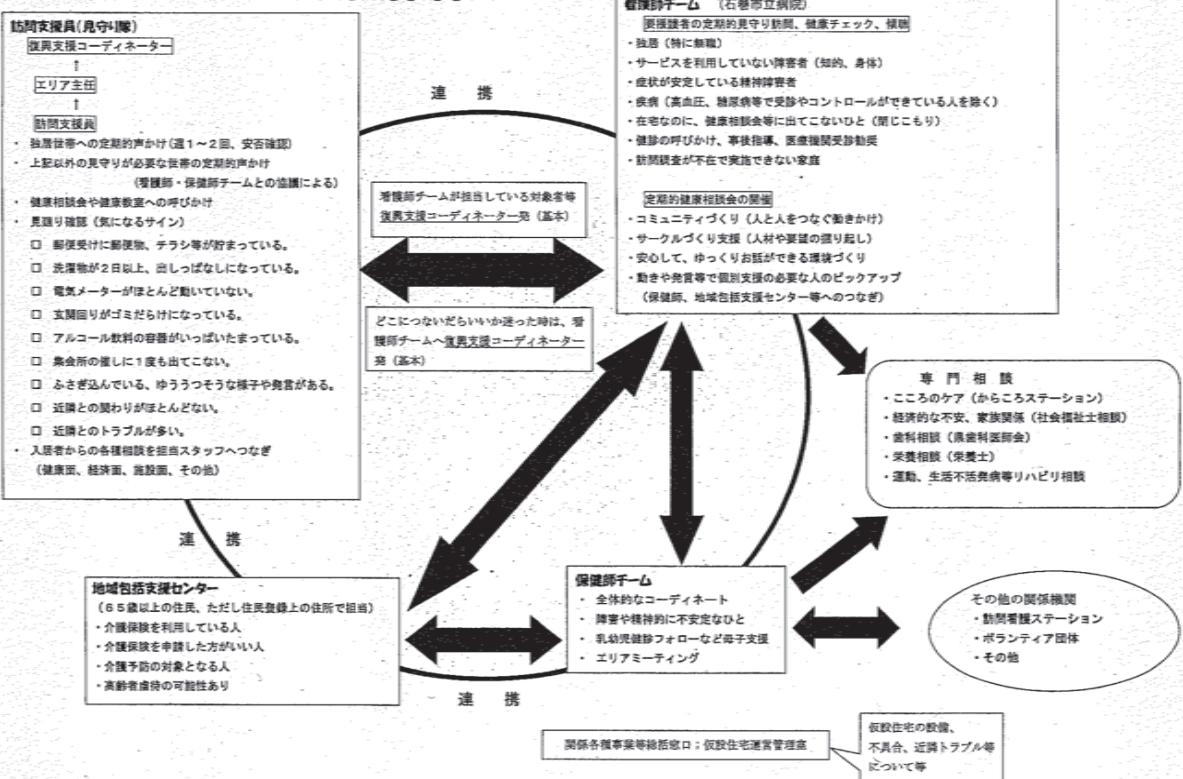
(1) 精神保健福祉の現状把握と情報提供・普及啓発

精神保健福祉施設や業務の進捗状況等について、下記のような項目について、現状把握するとともに、地域住民とも連携しながら広報・啓発に努めている。

- ・自立支援法の障害福祉サービス等の施設リスト、自立支援医療（精神通院医療）利用者については、利用者台帳を作成し把握している。
- ・地域住民の心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については、精神保健講演会や自殺対策事業の一環として、精神保健講演会や自殺予防講演会を行っている。

(2) 組織育成

仮設住宅における支援体制



- 精神障害者の自主グループやボランティアの育成支援を行っている。
- 精神保健福祉相談
 - 常勤（非常勤）職員による電話・面接相談、家庭訪問による相談・指導については、日常的に実施しており、相談時に概ね即対応ができる状態である。
 - 定期的に実施している専門相談としては、精神保健相談を女川町の会場で年3回、アルコール相談、ひきこもり相談を石巻保健所で年3回実施している。
- 訪問指導の実施状況
 - 訪問指導件数全体のうち、「受診への働きかけ」、「担当職員による計画的訪問等」がそれぞれ半数ずつの割合である。
 - 保健所からは情報提供を受けている。
 - 精神障害者への住宅支援策として、コミュニティサロンの設置、タクシー券、ガソリン代の助成を行っている。なお、町 자체でダイケアは行っていない。
 - 入院及び通院医療関係事務
 - 第2期障害福祉計画は策定済み。保健所からは資料・情報の提供を受けている。
- 【平時における保健所との連携】**

保健所と市町村における平時の連携体制に関しては、自立支援協議会への参加、市町村障害福祉計画の策定、危機介入相談、組織育成、職員の研修、普及啓発、事例検討会、自殺対策、福祉事務所への支援、教育委員会への支援については随時の連携状況であった。
- 【健康危機管理的な対応】**

甚大な被害の後、発災3日以降約6ヶ月間、心のケアチーム等、外部支援医療救助隊活動に関する補助業務や、受け入れ体制の連絡調整を行っている。精神保健分野における、主な取り組み状況については下記の通り。

 - 医療確保に関する連絡調整
 - 精神科医療機関の被災状況・移動状況・患者受け入れ状況について情報収集を行った。
 - 近接する地域の病院や診療所の稼働状況、医療ニーズや、福祉関連施設の状況について情報収集を行った。
 - 精神科救急患者（措置監察対象者以外でも重篤な精神障害や身体合併症を有する事例等、緊急の診察と思われる事例）の診察について、医療機関との情報連絡を行った。
 - 在宅精神障害者への支援
 - 精神障害者の安否確認については自立支援医療受給者台帳をもとに、発災3日目から行い、精神障害者の服薬継続や生活支援について関係機関との連携調整を実施した。
 - 情報提供・相談体制
 - 精神障害者や心のケアを必要とする住民に関する情報については、避難所巡回相談や訪問による対応が主であった。
 - 保健所からの支援については、心のケアの打ち合わせ、会議、情報提供、心のケアミーティング等があげられた。
- （4）心のケアに関する対応**
 - 心のケアに関する対応としては、発災3日以降、町保健師が、町立病院、県外からの応援部隊、県精神保健福祉センター、地域包括支援センター等と連携しながら対応した。
 - 発災2ヶ月後、5月中旬以降地域住民全体を対象とした心のケア体制の基本的な考え方を整理し、中・長期的な心のケアに関する関係者全体会のコンセンサスとした（図1：女川町における心のケアの対象者と対応の基本的な考え方）。

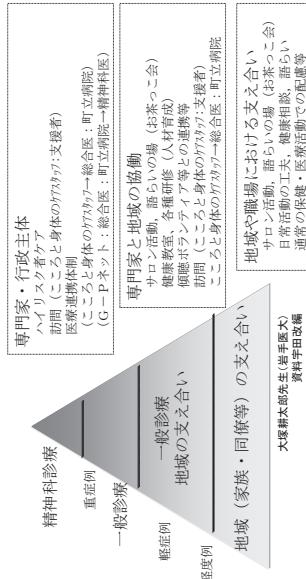


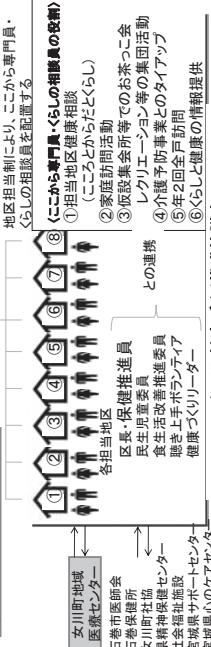
図1:女川町における心のケアの対象者と対応の基本的な考え方

- また、優先度の決定と効率的事業運営等のため、同時期、心のケアを含め15項目からなる短期工程表を作成し、進捗状況の評価と今後の事業計画についての参考とすることにした。目標としては、①親を失った子どもへの対応として、親戚や里親など安心して暮らせる環境の提供と心のケア、②全ての住民への対応として、自分の気持ちを話せる環境がある、地域や職場で身体を動かし、樂しますことのできる地域環境がある、リスクの高い住民に早期に気づき・支援できる地域環境がある、地域や職場でケアが必要な人が休み・ケアを受けられる環境がある、治療が必要な住民が気にすることなく治療を開始・継続できる環境がある等を掲げている。
- また具体的取り組みとして、①地域連携体制と関係機関・団体の役割、②人材育成、③子供のメンタルケア、④職員のメンタルケア、⑤高齢者のメンタルケアを掲げ、取り組みを進めている。①地域連携体制と関係機関・団体との連携によるハックアップ、心のケア支援体制ととしては、心のケア支援体制の確立、各支援団体との連携によるハックアップ、心のケア支援者支援、②人材育成（懇親会・ボランティア）の育成、(1)傾聴ボランティア（懇親会上手ボランティア）の育成、(2)心のケアスタッフ（町内看護師、介護支援専門員、介護員、リハビリスタッフ）養成、(3)心とからだの専門員（ここから専門員）の養成、既存キャバーソンの資質の向上を主な取り組みとしている。ここから専門員、心のケアスタッフの養成には、外部支援団体と女川町立病院の医師の協力を得て行った。聴き上手ボランティアの育成に関しては、地域住民を対象として募集し、約20人の町民が4回シリーズの研修を受け、現在もフォローアップ研修を行っている。
- 心のケア支援体制の確立、各支援団体との連携によるハックアップについて、女川町においては、心とからだと暮らしの健康相談センターを設置し対応することとし、育成した人材を活用して、現在稼働している（図2：女川町心とからだのケア体制図）。今後八手の確保と増員が必要となっている。

女川町こころからだと暮らしの相談センター

(デイルクターの役割)

- ①各・8ブロックの活動把握とコーディネート
- ②関係部署との調整
- ③人材育成(研修企画運営)
- ④全戸訪問等コーディネーター
- ⑤支援情報システムの構築
- ⑥各地域支援員等調査検討会議運営
- ⑦出張診療相談企画のアスマップ育成
- ⑧心のケアスタッフ育成



※2 町内を8エリアに分け、それぞれに「心とからだの相談窓口」が設置されています。

※3 予供のメンタルケアについては養護教諭との連絡会や心のケア相談等、④職員のメンタルケアに関しては研修会や個別相談、⑤高齢者のメンタルケアについては、在宅ローラー訪問、お茶っこ会（集会場での語らい・クレーションの場）の開催、連絡会議等の開催を行っている。

- この基本的な考え方や、実践的取り組みを、女川町復興計画策定委員会において示された、「復興計画(案)最終答申」の柱立てのうち、「心とからだの相談窓口」において、心のケアの実施として関係者の状況・時期に応じた心のケアを継続的に実施するとともに、心のケアスタッフ・サポート（傾聴ボランティア）等の入材による相談を推進する等が記載されている。
- 金体を通じた担当保健師の自由意見等
- 外部支援の心のケアチームが入ってくれて、本当に助かった。心のケアが大切だと思っていたら、じこからどのように手を付けて良いのか、具体的に手探り状態だった。
- いろんな職種が県を通さないで心のケアをしたいとの問い合わせが殺到した。信頼がおける団体なのかどうなのか判断に迷った。どこかが「県（県や保健所）」一括で受け、情報の整理、機関・団体の評価を踏まえて、派遣してくれる良いのではないかと思われた。
- 心のケアDMATのようなコーディネートもしてくれれる専門職が重要。
- 保健所職員が長期派遣されて、関係機関・団体との連携調整支援、情報の収集、まとめ、事業計画の立案・整理、短期工程表の作成等、町の保健師を支援してくれたので、とても助かった。
- 心とからだのケアと生活支援が心のケアには重要であるが、町立病院が全壊を免れ、総合医として保健・医療・福祉の連携のもとでの地域医療の要になってくれたことは、心のケア体制構築の観点からもとても大切だった。
- 精神障害者への医療を含めた心のケアに関しては、日頃からの地域精神保健活動や地域住民への普及啓発や関係機関・団体との連携が確保されたうえでの疾患予防であり、健康づくり活動であった。震災により、家族、親戚、仲間を失い、生活の基盤であった住民組織活動も行えない状況の中で、新たな健康づくりの基盤整備が必要である。
- 精神障害者への医療を含めた心のケアに関しては、日頃からの地域精神保健活動や地域住民への普及啓発がとても重要であることが分かった。震災後に、心のケアやアルコール問題などが出てきて、対応しようとしても、地域住民への啓発や関係機関・団体との意識と言語の共有化、連携等、かなり広範で多岐にわ

たり大変。

- 心のケアのためにも地域の再構築が最も重要。

【まとめと考察】

- (1) 平時の地域活動精神障害者への医療を含む、心のケアに関しては、日頃からの地域精神保健活動や地域住民への普及啓発が、とても重要なとした担当保健師の感想にもあるように、正しい知識といった地域住民への普及・啓発や関係機関・団体との連携が不可欠。震災後に課題となってくる、心のケアやアルコール問題への理解が不可欠。専門的な精神科医療に加えて一般診療科での総合医療、生活上の様々な課題等を相談できる保健・福祉等の相談窓口などが対応することが望ましい事例とは別に、広く地域住民全般に早期に相談でき、支援し、必要に応じ専門家の相談窓口等へつなぐ、地域住民の役割が極めて重要。
- (2) 心のケア対策と行政計画との連動発災後2ヶ月程度たった5月中旬以降、女川町保健師が保健所保健師、外部支援団体等と協働で優先度の決定と効率的事業運営等のため、心のケアを含め15項目からなる短期工程表を作成し、進捗状況の評価と今後の事業計画についての参考とすることにした。また、女川町においては、平成23年8月10日開催された第5回女川町復興計画策定委員会において、復興計画(案)最終答申が提出され、平成24年1月から随時、住民への説明ヒアリングを実施していくこととしている。復興計画(案)は基本目標を「よりもどうぞ笑顔あふれる女川町」として、「心身ともに健康なまちづくり【保健・医療・福祉】」を含めた5つの柱立てで、復旧・再生・発展を目指すとしているが、町の復興の基本的な指針となる行政計画(案)のなかに、心のケアの実施として関係者の状況把握と相談体制の他、心とからだと暮らしの健康相談センターを核として、それぞれの状況・時期に応じた心のケアを継続的に実施するとともに、心のケアスタッフ・サポート（傾聴ボランティア）等の人材育成を推進する等が記載されている。
- (3) 保健師等の人的資源女川町復興計画策定委員会が、地域住民全般にわたる対応が、地域精神保健と無縁ではなく、むしろ密接に関係している。地域ごとに、母子保健から高齢者保健までを経験することも、それぞれの活動を通じて培ってきた保健医療機関や従事者、地域住民等とのハイブリッドと経験を有する中堅以上の保健師と、若手保健師が連携して心のケア、アルコール問題を有する中堅以上の保健師等が連携していった。女川町におけるベテラン、中堅保健師と若干組みがベースになっており、行政計画、行政の連絡会議等での検討を連携していくことが、中・長期的な復興に極めて有益であると思われた。
- (4) 保健所の役割発災後1週間後以降、保健所保健師が保健活動コーディネータとして長期派遣されて、保健所、県精神保健福祉センター等の関係機関・団体との連携調整支援、情報の収集・まとめ・報告、事業計画の立案・整理、短期工程表の作成等、町の保健師を支援していた。地域保健法施行以後、日常的な協働事業や業務は少なくなっているが、山越する地域の保健医療福祉の課題に対応せざるを得ない町保健師の支援として、とても重要な役割を發揮していた。保健所自身も被災しているなかで、管内市町村を支援することは大きな負担であったかもしないが、地域支援本部も被災しているなかで、管内市町村を支援することは保健所だと再認識させられた。こんごは、さらには日頃から顔の見える関係づくりを、業務を通じて行っていく必要があるのではないかと思われる。
- (5) まとめと考察また、人的支援とともに、発災直後から多くの精神科医療に対応するために支援に訪れた多くの外部の心のケア

チームの質の評価と必要な箇所への配置、体と心の健康に関する連絡調整の場の設置、地域の精神保健福祉センター（はあとぼーと仙台）療に関する情報の収集と解説・提供、慢性期以降地域住民と相談窓口対応の設置と広報、医療機関、精神科医療機関との連携体制等、市町村単位では対応が難しい広域、専門的課題調整の場の設置についても保健所の役割として重要であることが再認識させられた。

【協力者】 佐藤由理（保健師） 宮城県女川町健康福祉課技術課長補佐

6-4 宮城县 仙台市精神保健福祉総合センター（はあとぼーと仙台）
若林区保健福祉センター（若林保健所）

1. 宮城県仙台市精神保健福祉総合センター（はあとぼーと仙台）
政令指定都市の精神保健福祉センターとして、震災時のケアについて外部支援チームの調整を一手に担うとともに、精神科医療機関情報を収集し提供するなど保健所の支援を行った。

【管内の概要】

東北地方の中心都市である仙台市は政令指定都市であり、人口は1,046,737人、高齢者人口191,059人で、5つの区からなる。自立支援医療利用者は11,382人、精神保健福祉手帳保持者は6,155人で、精神科病院は17カ所、2,686床がある。精神科の診療所は37カ所である。障害自立支援法に基づく事業所は68カ所となっている。

【組織形態と組織の概要】

- (1) 組織形態
センターは、医師である所長の下に、相談係及びデイケア係の2係からなる。
- (2) 常勤職員数
医師 2、保健師 3、臨床心理技術者 6、事務職員 4、その他2の17人体制となっている。

【地域の被害状況】

仙台市の人の被害は死者704人、行方不明者26人、負傷者2,269人となっている。また、家屋の物的被害は、全壊27,409棟、半壊87,124棟、一部損壊109,197棟である。（平成23年11月30日現在）

【平時における精神保健福祉業務】

仙台市は「完全参加と平等」、「ノーマライゼーション」、「リハビリテーション」を理念とする「仙台市障害者保健福祉計画」と第2期「仙台市障害福祉計画」に基づき、障害者施策を推進しております、「誰もが生きがいや働きがいを持ち、自立した地域生活を送ることができまるちづくり」の実現を目指している。

(1) 精神保健福祉の現状把握と情報提供
障害者保健福祉制度等の理解を深めるため、「せんたいふれあいガイド」を作成している。その中に自立支援法の障害福祉サービスの施設リストも掲載されている。精神科病院入院患者の実数把握は本庁障害者支援課が実施しており、自立支援医療（精神通院医療）利用者については障害者基本システムにて管理されている。家族会については活動状況を随時把握しており、アルコール家族ミーティングを毎週1回開催、引きこもり家族教室を年6回、引きこもり家族グループを月2回行っている。デイケアは通過型施設として週4回行い、家族懇談会を偶数月に、家族教室を年7回開催している。

センターは、精神保健福祉に関係する職員の研修を一手に担っている。また各種講座や相談業務におけるケース会議、デイケア通所者ケース検討会を実施しており、関係機関への医師等講師派遣を行っている。

(2) 組織育成
組織育成については、自助グループ、ボランティアなどの育成支援は実施されていない。

(3) 精神保健福祉相談
常勤職員及び非常勤職員による電話・面接相談は日常的に実施されているが、家庭訪問は実施していない。
精神科医による相談や診察も週1回定例で実施されている。

(4) 専門相談
アルコール依存及びひきこもりの事例相談を定例で実施している。

(5) 社会復帰及び自立と社会参加への支援
自立支援協議会の整備促進や運営支援については、仙台市本庁が行っており、所長が自立支援協議会の委員

に就任している。ディケアは前述のとおり。地域ケア足進に向けた精神科医療機関の整備促進や支援、自立支援法に基づく事業所・サービスの整備促進や運営支援、精神障害者保健福祉手帳の周知のための病院等との連携については、本行実施となっている。社会復帰、自立、社会参加への支援については、ディケアにて対応している。

(6) 入院等事務
措置入院については、23条24条通報を保健所で、25条26条通報を本庁で受理しており、入院事務については該当なし。

措置入院や医療保護入院開連の情報活用は、年度ごとに「仙台市健康福祉局事業概要」としてまとめてある。また障害者電算システムで管理した情報は、病院実地指導等の際に病院単位での集計、分析を行っている。自立支援医療開連情報は年度ごとに「仙台市健康福祉局事業概要」としてまとめを行い、予算要求資料として活用している。精神科病院の指導監査にはセンターの医師が精神保健指定医として参加、医療観察法のケア会議も参加している。

【健康危機管理的な対応】

(1) 医療確保に関する最終調整

連絡調整は、発災後2日以降に開始された。当センターに心のケアチームを1編成し(市全体では最大6チーム編成)、外部支援部隊との連絡調整はすべてセンターが実施した。精神科医療機関の被災状況等については、当センターが一括して把握管理し、各区保健福祉センター(保健所)へ情報提供を行った。福祉開連施設の状況については、本庁及び当センターが把握管理した。避難所の医療ニーズの把握については、震災翌日には心のケアチームを編成し、避難所を巡回して避難所配置の区保健師から情報収集した。緊急医療物資の過不足等の情報を収集は、不足する薬剤等についてセンターが実施した。精神科医療機関の被災状況等についても、同様に行なった。精神科救急患者の対応については、心のケアチームを巡回させ、緊急の診察が必要と判断された事例においては、診察について病院との受診調整を行うとともに、受診に同行せりながららず行った。さらに、入院が必要なケースについても同様に行なった。なお、医薬品や医療機関等の確保について、医師会との連携は直接的にはないが、県災害特需保健医療福祉対策会議等において、情報収集・支援を行なった。

心のケア等の他職種連携については、心のケアチームを巡回させ、ケースカンファレンスやケースレビューを行なった。避難所や仮設住宅での医療面・衛生面については、医療面については精神科医師が、衛生面等については保健師等が助言した。

区保健福祉センター(保健所)に対して、求めて応じてケースカンファレンス等を行ひ助言するとともに、PTSDやうつ状態を簡便に測定できるツールとしてS Q Dを全市で使用するよう提言した。本庁との連携では市震災対策本部会議に所長が定期的に出席するとともに、避難所運営職員、ボランティア、応援自治体職員に対して運営上の諸点に対して助言等を行なった。

(2) 在宅精神障害者への支援

在宅精神障害者の安否確認は区保健福祉センター(保健所)が行い、当センターは通院患者、ディケア通所患者及びカウンセリング中の者について行なった。また、服薬継続や支援は心のケアチームを巡回させ、区保健福祉センター(保健所)の要請に応じて訪問等を実施した。

災害時要援護者台帳について、精神障害者に対する登録健診は実施していないが、手上げ方式となつており、認知症が主であり、精神障害者が希望する例はまれである。

(3) 情報提供・相談体制
医療機関の稼働状況等の情報提供は、電話での対応とメーリングリストを立ち上げ、医療機関ごとの被害状況、診察可能状況、薬剤の残量等についての情報を一覧にして配布した。区保健福祉センター(保健所)からの相談では、初期：避難所での幻覚妄想状態への対応(診察)、中期：不眠、焦躁感等への対応、後期(12月現在まで)：PTSD等の症状についての相談、生活上の各種課題(以前からの家族関係、経済問題、飲酒量の増加等)の相談があり、経過とともに相談内容が変遷している。

(4) 心のケアに対する対応

当センターによる心のケアは発災後初日から開始された。担当職員は、医師、精神保健福祉士及臨床心理技術者、その他である。また、連携機関は、医療機関、県外からの応援部隊、保健所(区)、地域包括支援センター、相談支援事業所である。

心のケアについて、市復興計画への項目の頭出しをしている。

【まとめと考察】

- (1) 震災経験を通じて指摘されること
今回の震災を通じていくつかの問題点が浮き彫りになった。
1点目は、災害の程度や範囲などによっては、より長期間・広範囲にわたり対応策を考える必要があり、既存のマニュアルや対応の手引き等では不十分であった。このため、当センターが作成した災害時対応マニュアル等の見直しを検討する。

2点目に、応接についての受け入れ窓口を当センターに統一活動全体を調整したことはよかったですが、刻々変化する被災地状況と応援諸団体の派遣ベースが合致しないこともあります、調整に多大の労力を要した。災害の程度、範囲等によるが、当初段階では比較的長期間の応援が可能な団体等から優先的に受け入れる等の順位付けについて、あらかじめ外部機関向けの手引書等に記載する必要がある。

3点目に、関係機関との日常的な活動の重なりがないと、とりわけ区保健福祉センター(保健所)との訪問、相談等の円滑な協働作業が可能となるまでに長時間を要した。日常的に実際の事例などを通じて協働して訪問等を行う必要がある。

4点目に、電子機器に依存しているため、長期間の停電では情報伝達方法が限られてしまう。蓄電池の準備等災害備品の充実、および情報伝達の代替手段を検討する必要がある。

5点目に、広域かつ長期に交通機関が機能不全になつた場合、受診行動がどれなくなる患者が多く見られた。薬剤の配達などをを行うには、訪問看護は数が少なく手が回らない、福祉サービス機関は業務の範囲外などと地域の支援システムが脆弱すぎる。災害弱者登録がされている者については、一定条件の下で薬剤配達や代理処方が可能となるような事前の申し合わせが行政と医療機関との間でなされるとよい。

(2) 今後検討すべき事項

今回の対応で学んだこと一つは、平時にできないことは有事にもできないということである。このことから平持から他の準備が重要である。特に、関係機関との連携及び職員の意識向上を図る必要がある。「仙台市震災時地域精神保健福祉活動ガイドライン」の周知のための研修会、連絡会の開催を検討する。また、災害時必要物品の購入も求められる。さらに、日頃の連携及び相互理解、庁内横断的な支援会議の随時開催を行う必要がある。

危機発生時の体制、対応については、センターの利用者及び職員の安全確保と帰宅支援が必要である。また、迅速な情報収集と対応(普及啓発・チーム派遣・医療機関情報提供など)や外部への情報発信、市役所内外及び県との情報交換などの確実な手段確保を検討する。継続した支援を行うためにも、職員の心身状態への配慮(休暇取得や個人的事情への配慮)も重要である。

外部支援として、厚労省・日本精神神経学会・全国センター長会への応援要請について、あらかじめ検討しておく必要がある。心のケア支援チームの受入れ調整に過大な負担があつたことから、急性期及び中長期におけるシステム化(長期的な応援職員の複数派遣等)を検討する必要がある。

(3) その他

当センターは、心のケアチームの受入れ調整機能を一手に担うなど政令指定都市の精神保健福祉センターとして、精神保健医療福祉に関する区保健福祉センター(保健所)のバックアップ機関としての機能を果たしていくことが分かった。
専門相談や研修なども保健所と役割分担がされていった。また、災害時精神保健福祉活動マニュアル等が数種類も整備されており、実際の対応を踏まえ改善すべき事項があるものの今回の震災対応に少なからず役立ったものと考えられた。

【資料】

1. 平成23年度版せんだいふれあいガイド
2. 災害時におけるメンタルヘルス支援者のためのハンドブック（携帯用）
3. 仙台市災害時地域精神保健福祉センター（一般職員用）
4. 心のケア活動実務マニュアル～保健所の精神保健福祉業務担当者のために～
5. 災害時地域精神保健福祉活動における赴任準備マニュアル～外部応援職員用～
6. 災害時の心を理解するために（一般職員用）
7. 災害時メンタルヘルス支援マニュアル（専門職員用）

【協力者】

宮城県仙台市精神保健総合センター（はあとばーと仙台）所長 林 みづ穂 様 他

2. 宮城県仙台市若林区保健福祉センター（若林保健所）

管内の沿岸部が壊滅的被害を受けた政令指定都市保健所として、避難所の運営及び保健活動を担いつつ、外部門の支援を受けて精神保健活動を実施した。

【管内の概要】

東北地方の中心都市である仙台市は政令指定都市であり、人口は1,046,737人、高齢者人口191,059人で、5つの区からなる。その一つの若林区は、人口131,234人、高齢者人口23,977人となっている。若林区の精神保健福祉手帳保持者は733人で、精神科の入院施設としては市立病院に16症の床があるが、認知症のみの対応となつてゐる。精神科の診療所は3カ所である。訪問看護ステーションは4カ所あり、障害自立支援に基づく事業所は11カ所となつてゐる。

【組織形態と組織の概要】**(1) 組織形態**

若林区保健福祉センターは、保健所と福利事務所と医療保健部門を併せ持つ総合事務所であり、所長は医師である。管理課、保護課、衛生課、家庭健康課、障害高齢課、保健金課の6課18係からなり、精神保健業務の所管は、障害高齢課障害者支援係が担当している。

(2) 常勤職員員数

保健所としての常勤職員員数は、平成23年3月現在で、医師1人、保健師18人、臨床心理技術者2人、事務職員20人、その他21人の計62人であり、精神保健福祉担当は、医師1人、保健師1人、臨床心理技術者2人、事務職員2人などなつている。

※他の職種は、歯科医師、放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、衛生・衛生科衛生士、衛生・化学、看護師の7種。精神保健福祉担当の保健師は平成23年3月時点では1人で、嘱託保健師1人が加わり2人で対応。平成23年5月より保健師1人増となり、3人で対応。

【地域の被害状況】

仙台市の人的被害は死者704人、行方不明者26人、負傷者2,269人となつていて。また、家屋の物的被害は、全機27,409棟、半壊87,124棟、一部損壊109,197棟で、若林区の物的被害は、それぞれ6,407棟、18,697棟、15,743棟である。（平成23年11月30日現在）

【平時における保健所の精神保健福祉業務】

仙台市は「完全参加と平等」、「ノーマライゼーション」、「リハビリテーション」を理念とする「仙台市障害者保健福祉計画」と第2期「仙台市障害福祉計画」に基づき、障害者施策を推進しており、「誰もが生きがいや働きがいを持ち、自立した地域生活を送ることができるまちづくり」の実現を目指している。

(1) 精神保健福祉の現状把握と情報提供
障害者保健福祉制度等の理解を深めるため、「せんたいふれあいガイド」を作成している。その中に自立支援法の障害福祉サービスの施設リストも掲載されている。精神科病院入院患者の実数把握は本庁障害者支援課が実施しており、自立支援医療（精神通院医療）利用者については障害者基本システムにて管理されている。家族会については、保健所主催により家族交流会を月回行つてある。また精神障害者社会復帰小集団活動を月2回実施し、平均6～8名の参加があり外出のきっかけや社会参加につながる効果が見られている。

(2) 組織育成
組織育成については、家族交流会を実施している以外は、自助グループ、ボランティアなどの育成支援は実施していない。

(3) 精神保健福祉相談
常勤職員及び非常勤職員による電話・面接相談、家庭訪問相談は日常的に実施しており、精神科医による相談も月3回定例で実施している。

- (4) 専門相談
アルコール依存等の専門相談は、仙台市保健福祉総合センター（「はあとばと仙台」）が実施しており、保健所では実施していない。

(5) 社会復帰及び自立と社会参加への支援
自立支援協議会については、仙台市本庁が事務局を担っている。（各区に自立支援協議会を整備しようとする考えがある。）自立支援協議会のシステム検討部会（職員レベルの作業部会）には各区保健福祉センターから2名の職員を出している。保健所ディケアは実施していない。地域ケアを促進に向けた精神科医療機関の整備促進や支援、自立支援法に基づく事業所・サービスの整備促進や運営支援、精神障害者保健福祉手帳の周知のための病院等との連携については、本庁実施となっている。社会復帰、自立、社会参加への支援については、小集団活動（四つ葉会）を実施している。

(6) 入院
措置入院については、23条24条通報を保健所で、25条26条通報を本庁で受理しており、24条通報が8件、診察5件、入院5件、25条2件、診察0件、26条通報3件、診察2件、入院2件となっている。措置入院中の面接については、一部実施している。医療保護入院の入院届は31件、退院届46件の受理件数となっている。応急入院等の移送件数は、1件となっている。措置入院や医療保護入院開通の情報活用は、個別ケースについての支援や地域内の精神障害者の傾向に活用しており、自立支援医療開通情報は自傷他害など緊急対応において通院先や主治医の把握や地域の精神患者動向の把握に活用している。精神科病院の指導監査や医療觀察法のケア会議へは参加している。

【健康危機管理的な対応】

(1) 医療確保に関する連絡調整
連絡調整は、発災後2日以降に開始された。精神科医療機関の被災状況や稼働状況等については、仙台市精神保健福祉センターが一括して管理し、情報提供を受けた。精神保健機関の被災状況については、本庁及び仙台市精神保健福祉センターが管理し、情報提供を受けた。避難所の医療ニーズの把握については、心のケアチーム及び保健師チームから情報収集した。緊急医療物資の過不足等の情報収集は、避難所配置の保健師が実施。特に、管理については当初は実施されず1類や2類医薬品が無造作に置かれていたこともあり、4月以降仙台市薬剤師会が巡回で点検を行った。精神科救急患者の対応については、保健師がインターを行い、巡回の心のケアチームの医師に繋ぎ、住民や避難所運営担当者からのお相談についても保健師が窓口となり診察の必要性等の判断を行う体制をとった。緊急の診察が必要と判断された事例においては、心のケアチームと連携し診察に繋げた。さらに、入院が必要なケースについても同様に行なった。なお、医薬品や医療機関等の確保について、医師会との連携は実施しなかった。

心のケア等の他職種連携については、朝夕にカンファレンスを行い、情報共有した。なお、保健所で支援していたケースについては、主に保健所が関わった。

避難所や仮設住宅での医療面・衛生面については、管理課を中心的に調整を行い、応援の医療チーム、全国からの派遣保健師（薬剤師・歯科医師含む）とタイムリーな対応ができるよう連携した。

浸水地区の健康調査目的とした全戸訪問を3月23日から派遣保健師及び地域包括支援センターの応援を受けて実施した。訪問結果について協議する会議を設け住民の状況を共有し、継続支援が必要と判断された事例については区が引き続き対応した。7月からの仮設住宅全戸訪問では、嘱託保健師・看護師による相談を実施。定期的に心のケアチームとカンファレンスを行い処遇等の助言を受けた。調査票等については、心のケアチームがフォーマットを作成した。

(2) 在宅精神障害者への支援
保健師は、震災当初から約1ヶ月近く避難所の保健活動に、それ以外の全職員は避難所運営に携わることになり、精神障害者の安否確認を直接実施することはできず、訪問看護ステーションやヘルパーステーション、相談支援事業所等の関係機関を通じて確認を行っている。また、服薬継続や支援も同様に関係機関と連携して実施した。精神障害者の連絡先台帳とそのバックアップについては、名簿と状態像のみしか台帳化できず、所

内での情報共有には至っていなかった。

災害時要援護者台帳について、精神障害者に対しての登録勧奨は、仕組みが完全でないため難しさがあり実施していないが、手上げ方式となっており、認知症が主であり、精神障害者が希望する例はまれである。

(3) 情報提供・相談体制

医療機関の稼働状況等の情報提供は、仙台市精神保健福祉センターが一括管理して行った。医療関係者への情報提供や相談については、電話にて対応した。

(4) 心のケアに関する対応

保健所による心のケアは発災後3日目から開始された。担当職員は、医師、保健師、精神保健福祉士及臨床心理士である。また、連携機関は、医療機関、県外からの支援部隊、仙台市精神保健福祉センター（はあとぼーと仙台）、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、相談支援事業所である。

【未定】

- (1) 震災経験を通じて指摘されること

今回の震災を通じていくつかの問題点が浮き彫りになった。

1点目は、今まで地域や行政で把握していた精神障害者が多く存在していたことである。未治療の統合失調症患者、何らの支援や福祉サービスを受けずに家族のみで対応していた患者などが避難所の生活の中で見いだされた。このことは、家族や地域に障害者を包み込む力があると良い意味で捉えられるところもあるが、反面、農村地区であるが故に、家族が抱えこんでしまって悩んでいる古い因習があるためとも考えられる。住民や関係者への啓発の必要性を感じ、また医療機関や相談支援事業所との連携の強化を図る必要がある。

2点目に、心のケアに関して、医療機関の再開後も心のケアチームによる精神科医療機関は遅くとも発災後2週間後には再開しており、応援機関との調整が必要であった。

3点目には、複数の団体から応援希望があり、また滞在期間も様々で、その調整に時間がとられた。まず窓口を一本化し、個人から団体まで幅広くの支援者の受け入れを調整する必要がある。また現場の窓口の調整など体制整備を行う必要がある。

4点目には、心の問題に対する偏見や無理解があり、避難所で「精神的な相談をしている」とみられるのを気にして、必要な方が相談できないことが多いことが見られた。日常の活動における精神保健に関する啓発の重要性を認識するとともに、避難所においても健診教育など心のケアに関する啓発が重要である。

5点目は、早いところでは避難所3日目から時間が経つにつれて、認知症や障害者への住民の拒否感が強まり、人の入室を排除する言動が見られるようになってしまった。福祉避難所の開設はあったが、高齢者や身体障害者が主であり、精神障害者の利用は困難であった。外部の関係機関と連携し、繋げることで対応する必要がある。

【健康危機管理的な対応】

（1）医療保険に関する連絡調整

連絡調整は、発災後2日以降に開始された。精神科医療機関の被災状況や稼働状況等については、仙台市精神保健福祉センターが一括して管理し、情報提供を受けた。避難所の医療ニーズの把握については、本庁及び仙台市精神保健福祉センターが管理し、情報提供を受けた。緊急医療物資の過不足等の情報収集は、心のケアチーム及び保健師チームから情報収集した。緊急医療物資の過不足等の情報収集は、避難所配置の保健師が実施。特に、管理については当初は実施されず1類や2類医薬品が無造作に置かれていることもあり、4月以降仙台市薬剤師会が巡回で点検を行った。精神科救急患者の対応については、保健師がインタークを行い、巡回の心のケアチームの医師に聴き、住民や避難所運営担当者からの相談についても保健師が窓口となり診察の必要性等の判断を行う体制をとった。緊急の診察が必要だと判断された事例においては、心のケアチームと連携し診察に繋げた。さらに、入院が必要なケースについても同様に行つた。なお、医薬品や医療機関等の確保について、医師会との連携は実施しなかった。朝夕にカンファレンスを行い、情報共有した。なお、保健所で支援し

害特の対応を図るために、平時の体制及び対応が重要である。特に、事態発展との連携づくりに

- （2）在宅精神障害者への支援

この項目では、在宅精神障害者に対する支援について述べる。具体的には、医療機関との連携、定期的な訪問調査、緊急時対応体制の整備などである。

まず、医療機関との連携については、精神科医や精神保健師との定期的連絡会議を実施している。また、緊急時対応体制については、専門的な知識と経験を持つ職員による訓練を定期的に行っている。

定期的な訪問調査では、精神状態の変化や日常生活への影響などを確認し、必要な場合は医療機関への紹介や入院の準備を行っている。また、緊急時対応体制では、災害時に迅速に対応するための組織構造や連絡手段を確立している。

情報の収集及び発信について、確実な通信の確保が求められる。

置と調整を行う必要がある。

(3) その他

今回の震災における精神保健福祉に関する活動を通して、保健師として重要なことは以下のとおりである。保健師は、震災当日から避難所において2・4時間体制で救護活動に従事した。津波で全身ずぶ濡れの方の健康状態の確認や怪我で処置が必要な方への対応、感染症を発症している方への対応、乳幼児・妊娠への対応など多岐にわたる保健活動が求められ、しかも連絡が取れない中で、保健単独で判断し対応せざるを得ない状況であった。

仙台市では、現在、分散配置による業務担当制をとっています。より専門的な市民サービスを行っている。今回の震災では、専門に特化したサービスではなく、避難所という空間の中で、「寝ること」、「食べること」など生活全般にわたり、公衆衛生的視点での支援が必要であった。このため、母子から高齢者までの対応を経験している地区担当時代の中堅以上の保健師と分散配置後に採用された業務担当制の保健師のスキルの差が見られた。大変な活動であったが、全国から応援に駆けつけた優秀な保健師に出会え、その活動を通しての学びも大きかった。

【資料】

1. 平成23年度版せんだいふれあいガイド

【協力者】

宮城県仙台市若林区保健福祉センター（宮城県仙台市若林保健所）所長 赤井 由紀子 様

6－5 岩手県沿岸広域振興局宮古保健福祉環境センター（宮古保健所） 宮古市

1. 岩手県沿岸広域振興局宮古保健福祉環境センター（宮古保健所）

【宮古保健所管内の概要】

岩手県沿岸部は、南北4つの保健所管域に分かれています。それはほぼ中央部分が宮古保健所の管内（宮古圏域）である。管内人口は92,694人、（宮古市39,430、山田町18,617、岩泉町10,804、田野畠村3843）である。管内の中南部に宮古市および宮古保健所が位置する。精神科病院は宮古市内に2カ所あり、それぞれ405床、235床の民間病院である。管内の人口当たり精神科医師数および精神科医師数は全国平均を上回る。訪問看護事業所は2カ所あり、障害者自立支援法に基づく事業所は40カ所と比較的充実している。地域資源の発展については後述する。

【組織形態と組織の概要】

(1) 組織形態

保健所長は沿岸広域振興局の保健福祉環境技監を兼務する。保健福祉環境センター長は別におり、センター長にいる4課（管理課、保健課、環境衛生課、福祉課）から福祉課を除いた3課を保健所長が統括し、センター長は保健所次長である。保健課で精神保健業務を扱う。

(2) 常勤職員数

調査時点では、医師（保健所長）1名、保健師5名、事務職員23名など41名に対し、精神保健を主な業務とするものが1名（保健師）、必要により担当する場合があるものが6名である（管理職2名含む）。震災後に保健師の定数が5名から6名となつたが、調査時点では1名が育休中のため実質は5名であった。管内の市町村保健師数46（+非常勤4）人に対し、保健所保健師数は8～10分の1程度と少なく、平時の精神保健福祉相談業務は主に市町村および相談事業者が担っている。

【地域の被害状況】

東日本大震災による死者は1,045人、行方不明者は305人、合計1,350人であり、これは総人口の1.4%に相当する。人口あたりの死者数は山田町で最も多かった。家屋は6,833戸が全壊、1,476戸が半壊し、一部破損が369戸であった。保健所行舎、精神科医療機関の被災はなかったが、宮古市保健センターは使用不能となり、紙媒体の記録のほとんどが輸失した。

【平時における保健所の精神保健福祉業務】

(1) 組織育成（ラインボーネット）

保健所が設立を後押しにより、任意団体としてラインボーネットが設立され、その後、非営利活動法人宮古圏域障害者福祉推進ネットとなつた。現在、社会福祉協議会との兼任も含め、5名ほどのスタッフがあり、障害者相談支援事業、自立支援協議会事務局等の委託を受けているほか、ラインボーネットを通じてボランティアの育成を行っている。

(2) 精神保健福祉相談

保健所でも受け付けていますが、多くはラインボーネットと市町村が受けている。保健所が継続支援するケースは基本的にちらず、保健所は連携や自殺予防など、直接支援以外に重点を置いています。

(3) 専門相談

東日本大震災前は、精神科医による相談を月に2回開催していた。

(4) 社会復帰及び自立と社会参加への支援
精神障害者地域移行・地域定着支援事業は、協議会の事務局を含めてラインボーネットに委託している。病院ともスムーズに連携し、29病院が交互にケースを出すシステムとなつていている。H21年度は8件、H22年度は9件の支援を行った。

(5) 措置入院

例年通報が5件程度、措置診察が1件程度ある。震災から半年間は通報がなかったが、その後通報5件、措置診察・入院が1件あった（8月から調査日まで）。34条による移送の実績は調査時点までにない。

）自殺予防
かかりつけ医対象のうつ病研修や講演会、市町村によるリーフレット配布、産後うつスクリーニング等の支
援に加え、震災前から資料1のような連絡会を計画するなど（立ち上げは震災後）、自殺予防事業を積極的に行
っていた。

震災直後からその後に至るまで、一貫して保健所のリーダーシップの元に災害精神保健活動の調整が行われたと言える（岩手県全体の活動に関しては資料3参照）。

平野における市町村との連携】

）緊急医療物資
薬剤など医療物資の不足はあったが、自主的に処方日数の短縮が行われ、保健所は物資に関する判断や助言を行なわれた。

卷之三

- （1） 安否確認
保健所では継続支援ケースを持たないため、在宅精神障害者への支援や安否確認は特に行われなかつた。

（2） その他の精神保健活動
保健所での精神保健活動（精神科医による相談）の頻度を月2回から毎週に増やし、「震災ごとの相談室」を設置した。（関連して、児童相談所でも相談室（小児精神科医による相談）の開催を毎週に増やし、「子どもこのこロケアセンター」を設置した。）

まとめと考察

） 大規模災害時の保健所の役割
心のケアチームの必要数の評価およびチームの受け入れ、朝晩のミーティングを保健所が行つた。希望したことなどができた。チームの体制縮小についても、現地のニーズ等を総合的に勘案し保健所が行つた。また、特定の治療機関に長期派遣を依頼することにより、密な関係を築くことができ、早い段階で約1年間の継続的な支援

1. 宮古圏域障害者福祉推進ネット（ラインボーネット）<http://miyako-rainbow.com/>

2. 岩手県「東北地方太平洋沖地震におけるメンタルヘルス対策について」
http://www.pref.iwate.jp/view_ibz2of=1&ik=0&cd=6116

3. 岩手県災害時こころのケアマニアル第2版
<http://www.pref.iwate.jp/download.rbz?cmd=5&cd=6116&tg=10>

4. 国立精神神経センター「災害時地域精神保健医療活動ロードマップ」
http://www.ncmn.go.jp/pdf/mental_info/man.pdf

5. 厚生労働省 平成22年度衛生行政報告例
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/seisaku/hw/eisei/06/kekka1.html>

6. 平成23年度 全国保健所長会研修会「被災県の保健所から学ぶ」
http://www.phcd.jp/kenshu/H240130/yanagihara_LectureSummary.pdf

（2）「岩手県の現状と課題」

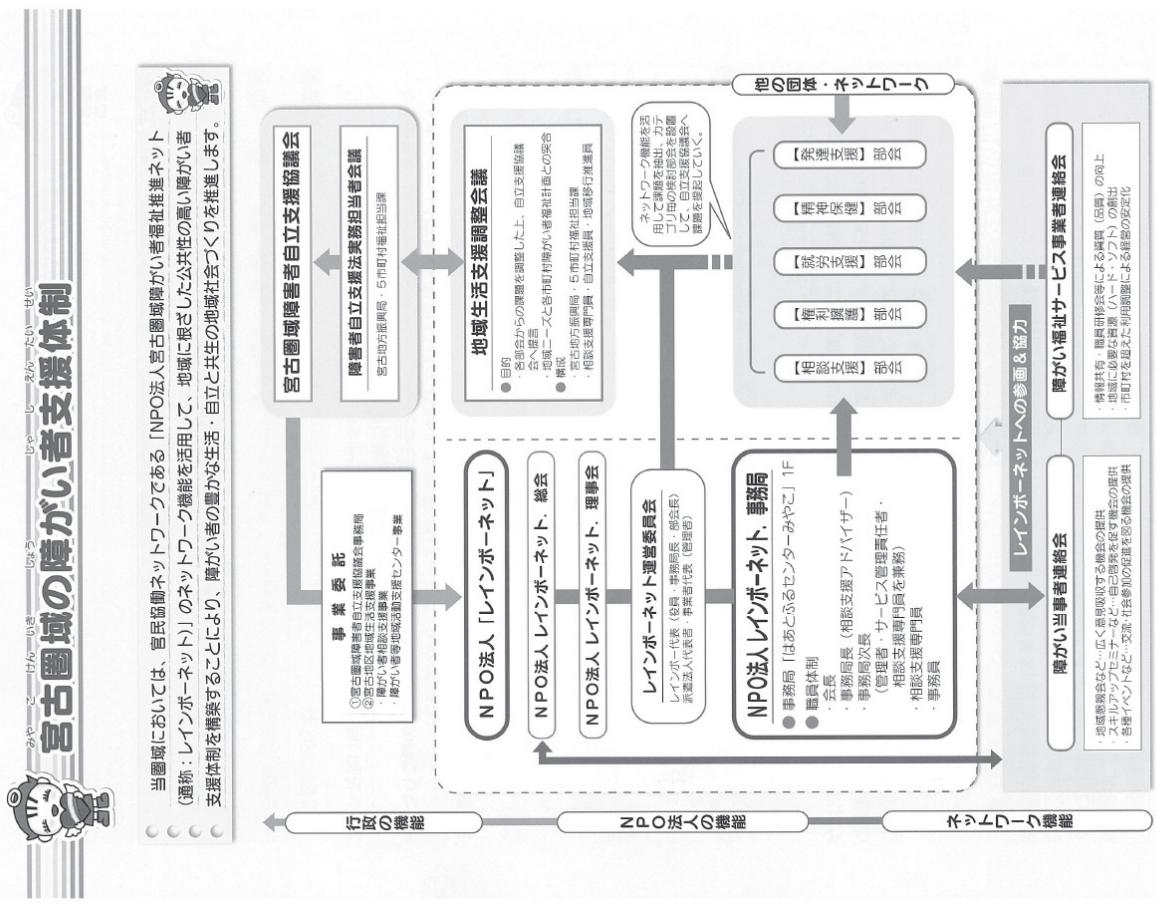
柳原 博樹 宮古保健所長、保健課・福祉課の皆様

【調査協力者】

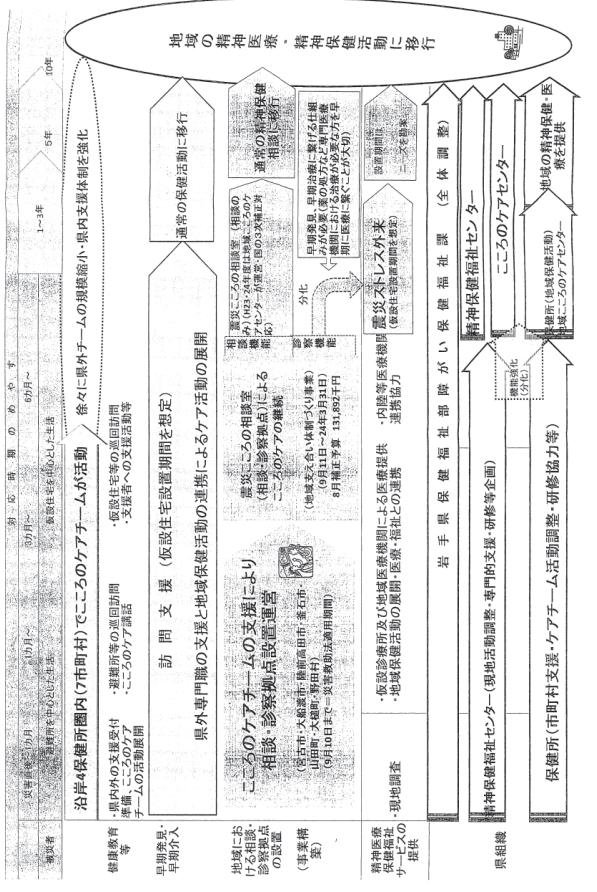
卷之二

- （） 大規模災害時の保健所の役割
心のケアチームの必要数の評価およびチームのミーティングを保健所が行つた。希望した
心のケアチームの必要数のチームは派遣されなかつたが、比較的早期に多く（最大で同時に 8 チーム）の受け入れを開始するこ
とができた。チームの体制縮小についても、現地のニーズ等を総合的に勘案し保健所が行つた。また、特定の
心のケアチームによる巡回活動は、被災者の心のケアを実施するため、巡回活動を行つた。
（） 「岩手県の現状と課題」
http://www.mhlw.go.jp/stf/toukei/seikin/hw/eisei/06/kekka.html
（） 「被災県の保健所から学ぶ」
http://www.phcd.jp/kenshu/H240130/yanagihara_LectureSummary.pdf

資料2 宮古圏域の障害者支援体制図



資料3 災害後の心のケア体制



【作業部会分担作業者】
宇田 英典 (鹿児島県姶良保健所長 兼 大口保健所長)

【作業部会事業協力者】
馬場 俊明 (北海道岩見沢保健所医師)
加納 紅代 (富山県高岡生センター射水支所 支所長)
服部 恒 (愛知県衣浦東部保健所所長)
瀧口 俊一 (宮崎県日南保健所保健部
福祉保健政策局 障害保健課 地域移行支援課主査)
中川 浩二 (和歌山县福智保健部

【オーバーハー】
工藤 一恵 (厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課 障害福祉課主査)
川原 健史 (大阪府福祉部障害福祉室地域生活支援課主査)

1. 現地調査ヒアリング用シート（保健所用）

平成23年度障害者総合福祉計画事業「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」検討班
「保健所及び市町村における精神障害者支援業務要領」改訂(案) 作成に係る作業班 (保健所用)

東日本大震災被災地ヒアリングシート

※3 「地域の被害状況」までは事前に、ご確認下さり記載していただけますと幸いです。4以降についても、事前にお目通し下さいますよう、よろしくお願ひいたします。可能であれば事前に記載をお願いいたします。
 また、詳細については、ヒアリング当日教えて下さいますようお願いいたします。
 なお、10につきましては保健所長様にお伺いしたいと考えておりますので、ご協力をお願いいたします。

県名	保健所名	設置主体
ご所属	お名前	職種
	電話番号	E-mail

1 地域の基礎データ（震災前の状況について教えて下さい。）

管内人口	(人)	高齢者人口	(人)
管内市町村数			
自立支援医療利用者			
精神保健福祉手帳保持者			
精神科病院	(病院数)		
	(病床数)		
精神科診療所			
訪問看護ステーション			
障害者自立支援法に基づく事業所等	あり	or なし	
			(か所)

2 保健所の組織・職員の基礎データ（震災前の状況について教えて下さい。）

- ① 保健所の組織
統合事務所or保健所単独、課の構成、精神保健福祉業務の所管、精神保健福祉業務の責任者等
- ② 保健所の常勤職員数

医師	(人)	医師	(人)
薬剤師	(人)	薬剤師	(人)
歯医師	(人)	うち、精神保健 福祉担当の職員	(人)
保健師	(人)	保健師	(人)
精神保健福祉士	(人)	精神保健福祉士	(人)
臨床心理技術者	(人)	臨床心理技術者	(人)
事務職員	(人)	事務職員	(人)
その他	(人)	その他	(人)

3 地域の被害状況（今回の東日本大震災の影響について教えて下さい。）

人の被害	物的被害	その他の被害
死者	(人) 全壊 (戸)	
行方不明者	(人) 半壊 (戸)	
負傷者	(人) 一部破損 (戸)	

4 平常時の対応 4～7（震災前の体制・対応について教えて下さい。）

- (1) 精神保健福祉の現状把握と情報提供
 - ① 自立支援法の障害福祉サービスの施設リストを作成していますか。
 - ② 精神科病院入院患者の実数を把握していますか。
 - ③ 自立支援医療（精神通院医療）利用者の実数を把握していますか。
 - ④ 精神障害者家族会の活動状況について把握していますか。
 - ⑤ 患者や家族に対する教室等を実施していますか。
 - ⑥ 市町村職員等に対して精神保健に係る研修を保健所で実施していますか。

(2) 組織育成

- ① 精神障害者自助グループの育成支援を実施していますか。
 - ② 家族会の運営の育成支援を実施していますか。
 - ③ 精神保健に関するボランティア（ジカムボラティアなど）の育成支援を実施していますか。
- (3) 精神保健福祉相談の実施状況
 - ① 常勤職員による電話・面接相談
 - 日常的に実施している（相談があつたときに概ね即対応できる）
 - 定期的に実施している（相談日を設定してその日のみの対応）
 - 実施していない。
 - ② 常勤職員による家庭訪問による相談
 - 日常的に実施している（相談があつたときに概ね即対応できる）
 - 定期的に実施している（相談日を設定してその日のみの対応）
 - 実施していない。
 - ③ その他の担当者（非常勤職員等）による相談
 - 日常的に実施している（相談があつたときに概ね即対応できる）
 - 定期的に実施している（相談日を設定してその日のみの対応）
 - 実施していない。
 - ④ 精神科医による相談
 - 日常的に実施している。（週1回以上の定期相談日の設定、あるいはそれ以上の対応）
 - 機会的に実施している。（相談があつたときに対応するなど）
 - 実施していない。
- (4) 定期的に専門相談を実施しているものはありませんか。
 - アルコール依存
 - 芽井精神保健
 - ひきこもり
 - 認知症
 - 薬物依存
 - その他（ ）

(5) 社会復帰及び自立と社会参加への支援について

- ① 自立支援協議会に整備促進や運営支援を実施していますか。
- ② 保健所ディケアの実施
 - 実施していない。
 - 実施しています。
- ③ いますか。
- ④ 自立支援法に基づく事業所・サービスの整備促進や運営支援を実施していますか。
- ⑤ 精神障害者保健福祉手帳の周知のため、病院等と連携していますか。
- ⑥ 社会復帰、自立、社会参加への支援として実施していることがありますか。

5 入院および通院医療関係事務

(1) 指置入院開通の実績について

	申請・通報等 の件数	指置診察の実 施件数	指置入院の件数 (含む緊急措置 入院)
第23条（一般）			
第24条通報（警察官）			
第25条通報（検察官）			
第25条の通報（保健機関の長）			
第26条通報（保健監視官の長）			
第26条の3通報（医療機関の長）			
第23～26条以外の通報			

(2) 指置入院期間中に、当該患者への訪問面接を実施しましたか。

- 全例に実施。
- 一部の事例について実施。
 - 指置入院患者はいるが、訪問面接は実施せず。
 - 指置入院となつている事例がない。
- (3) 医療保護入院（第1章だけで結構です）の入院届・退院届等の受理件数について

	受理件数
医療保護入院の入院届	
医療保護入院の退院届	
医療保護入院定期病状報告	
指置入院の定期病状報告	
心急入院届の受理	
- (4) 医療保護入院・心急入院等保健所が行う移送の事例について
 - 実績がありますか？ はい or いいえ はい → 件数は？ いいえ → その背景・理由？
- (5) 情報の活用について
 - ① 指置入院開通の情報はどのように活用されていますか。
 - 自立支援医療（精神通院医療）関連の情報はどのように活用されていますか。
 - ② 医療保護入院開通の情報はどのように活用されていますか。
 - 都道府県知事、指定都市市長の行う指導監査に参加していますか。
 - ③ 自立支援医療（精神通院医療）関連の情報はどのように活用されていますか。
 - 参加している、参加していない。

6 ■保健所管内市町村との、精神保健福祉業務にかかる連携について教えて下さい。保健所との業務上の接觸の頻度はどの程度ですか。各領域について、震災以前の実績をもとに教えて下さい。

- ① 地域防災計画の保健医療部門として、本庁あるいは市町村との連絡調整を実施しましたか。
- ② 在宅支援を要する精神障害者（以下、「精神障害者」という。）の状況把握

- ① 精神障害者の安否確認を行いましたか。
- ② 精神障害者について、市町村等から安否について問合せに応じましたか。

項目	日常的	定期的	臨時の連携	連携の頻度
① 市町村障害福祉計画の策定				
② 自立支援協議会				
③ 危機介入相談				
④ 職員の研修				
⑤ 普及啓発				
⑥ 事例検討会				
⑦ 自費対策				
⑧ 福祉事務所への支援				
⑨ 教育委員会への支援				
⑩ その他				

- ③ 精神障害者の服薬継続や生活支援について、関係機関との連絡調整を実施しましたか。

- ④ 精神障害者の連絡先台帳とそのバックアップを作成し、所内で情報共有されていますか。

7 健康危機管理的な対応 8～10 （今回の震災を受けた後の体制・対応について教えて下さい。）

- （1）緊急の医療体制確保に関する連絡調整について
① ここのケアチーム等、外部支援医療救助隊の活動について補助業務や、受け入れ態勢の連絡調整を行いましたか。

開始時期	発災当日	発災2日目～3日目	発災3日目～2週間後	2週間以降

- ② 精神科領域の医療機関の被災状況・稼働状況・患者受け入れ状況について情報収集を行いましたか。

- ③ 市町村等と連携して避難所における医療ニーズ（ここでのケアを含めて）について情報収集を行いましたか。
- ④ 市町村と連携して避難所で必要となる医療物資について情報収集を行いましたか。

- ⑤ 緊急医療物資について、過不足や追加支援の必要性について情報収集を行いましたか。
→ 「はい。」の場合：医療物資の配置の判断や判断への助言を実施しましたか。

- ⑥ 精神科救急患者（措置診察対象者以外でも重篤な精神障害者や身体合併症を有する事例等、緊急の診察と思われる事例）の診察について、必要性の判断への助言を行いましたか。

- ⑦ 精神科救急患者（同上）の診察後、入院が必要なケースについて医療機関との連絡調整を行いましたか。
→ 「はい。」の場合：受診支援を実施しましたか。

- ⑧ 外部支援部隊（ここでのケア等健康管理についてのアチームや保健師チーム等）の効率的・効果的活動のため各種調整を実施しましたか。
→ 精神科緊急医療に必要な医薬品等の調達・医療機関の確保（含む精神科病院）等について、医師会等と連携して情報収集を実施しましたか。

- ⑨ 市町村が行うこのケア等健康管理について助言や多職種連携のための連絡調整を行いましたか。
⑩ 在宅患者や仮設住宅入所者等への巡回訪問等について、市町村やボランティア等に助言指導を行いましたか。

- ⑪ 避難所や仮設住宅での生活について、医療面・衛生面から市町村等に対し助言指導を行いましたか。
⑫ 在宅患者や仮設住宅入所者等への巡回訪問等について、市町村やボランティア等に助言指導を行いましたか。

- ⑬ 健康確認や保健指導について共用フォームや情報媒体を作成するなど技術支援を行いましたか。

- ⑪ 地域住民や各種推進員、ボランティア等と地域のこころのケアを進めるための連絡調整を行いましたか？

- ② 在宅支援を要する精神障害者（以下、「精神障害者」という。）の状況把握
- ① 精神障害者の安否確認を行いましたか。

開始時期	発災当日	発災2日目～3日目	発災3日目～2週間後	2週間以降

- ② 精神障害者について、市町村等から安否について問合せに応じましたか。

- ③ 精神障害者の服薬継続や生活支援について、関係機関との連絡調整を実施しましたか。

- ④ 精神障害者の連絡先台帳とそのバックアップを作成し、所内で情報共有されていますか。

- ⑤ 市町村の災害時要援護者台帳について精神障害者に對し登録勧奨を行っていますか。
→ 「はい。」の場合：
① 医療関係者への情報提供あるいは相談対応を実施しましたか。
（電話で対応した、メーリングリストを立ち上げた、特には実施せず、その他：）

- ② 市町村からの相談内容はどのようなもののが多かったですか。

- ③ 医療機関の稼働状況等について情報提供を実施しましたか。

- ④ 心のケアに関する対応
- （1）保健所が心のケアを実施しましたか。
→ 「はい。」の場合：

- ① 医療機関（該当するものに○）
- | ・担当職員 | ・連絡機関（該当するものに○） |
|---------|---------------------------|
| 医師 | 医療機関
医療小売店
精神保健センター |
| 薬剤師 | 市町村 |
| 歯医師 | 訪問看護ステーション
地域包括支援センター |
| 保健師 | 高齢者入所施設
相談支援事業所 |
| 精神保健福祉士 | その他 |
| 臨床心理士 | |
| 事務職員 | |
| その他 | |

- ② 市町村が行うこのケア等健康管理についてのアチームや保健師チーム等）の効率的・効果的活動のため各種調整を実施しましたか。
→ 「はい。」の場合：受診支援を実施しましたか。

- ③ 外部支援部隊（ここでのケア等健康管理についてのアチームや保健師チーム等）の効率的・効果的活動のため各種調整を実施しましたか。
→ 精神科緊急医療に必要な医薬品等の調達・医療機関の確保（含む精神科病院）等について、医師会等と連携して情報収集を実施しましたか。

- ④ 市町村が行うこのケア等健康管理について助言や多職種連携のための連絡調整を行いましたか。
⑤ 在宅患者や仮設住宅入所者等への巡回訪問等について、市町村やボランティア等に助言指導を行いましたか。

- ⑥ 在宅患者や仮設住宅入所者等への巡回訪問等について、市町村やボランティア等に助言指導を行いましたか。

- ⑦ 健康確認や保健指導について共用フォームや情報媒体を作成するなど技術支援を行いましたか。

- ⑧ 地域住民や各種推進員、ボランティア等と地域のこころのケアを進めるための連絡調整を行いましたか？

- ⑨ 市町村が行うこのケア等健康管理について助言や多職種連携のための連絡調整を行いましたか。
→ 「はい。」の場合：受診支援を実施しましたか。

- ⑩ 在宅患者や仮設住宅入所者等への巡回訪問等について、市町村やボランティア等に助言指導を行いましたか。

- ⑪ 健康確認や保健指導について共用フォームや情報媒体を作成するなど技術支援を行いましたか。

(2) 保健所管内における心のケアに関する業務計画等（短期工賃表や中・長期復興計画等：優先度の決定と効率的事業運営等のため）を作成していますか。（予定を含む）。

・短期工賃表の作成
・中・長期工賃表（中・長期工賃表）の作成

(3) 管内の市町村において実施されている心のケアについて支援しましたか。

→「はい、」の場合：

開始時期	発災2日目～3日目	発災3日目～2週間後	2週間以降	1か月以降	2か月以降
・担当職員（該当するものに○）					
医師	医療機関				
薬剤師		県外から応援団隊			
精神科医師		精神科医療センター			
看護師		市町村			
精神保健福祉士		精神保健福祉センター			
精神心理技術者		精神疾患センター			
事務職員		高齢者入所施設			
その他		相談支援事業所			
その他の					

(4) 保健所管内市町村における心のケアに関する業務計画等（短期工賃表や中・長期復興計画：優先度の決定と効率的事業運営等のため等）を作成支援していますか。（予定を含む）？

・短期工賃表の作成

・中・長期工賃表（中・長期工賃表）の作成

9 今回の震災を通じあらためて感じられた精神保健分野における課題と、それに関する今後の対応策についてご教示ください。（細かなことでも何でも結構です。）

番	問題点	対応策（今後、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」等に今後盛り込んでいく必要がある対応策など）

10 今回の震災の経験等を踏まえ、保健所長の役割として重要なことについてお聞かせ下さい。

・短期工賃表の作成

（1）平時の体制・対応について

（2）危機発生時の体制・対応について

（3）課題について教えて下さい

（4）それらの課題をクリア・整備する（できる）ような条件があれば教えて下さい。

（5）ICS（Incident Command System：危機時の指示系統を明確にして対応する仕組み）についてご意見等あればお聞かせ下さい。また、必要性や課題・クリアすべき条件等あれば教えて下さい。

（6）保健所長会としての役割について課題や支援への要請等があれば教えて下さい。

（7）その他

2. 現地調査ヒアリング用シート（市町村用）

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精神保健福祉業務運営要領」改訂（案）作成による作業班
〔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（案）作成による作業班
(市町村用)

東日本大震災被災地ヒアリングシート

※3 「地域の被害状況」までは事前に、ご確認いただけた幸いです。4以降についても、事前にお目通し下さいよう、よろしくお願いいたします。可能であれば事前に記載をお願いしたいと思つています。
詳細については、ヒアリング当日教えて下さいますようお願いいたします。

県名			
市町村名			
所属			
お名前			
職種			
電話番号			
E-mail			

1 地域の基礎データ（震災前の状況について教えて下さい。）

管内人口	(人)	高齢者人口	(人)
精神保健福祉手帳保持者	(人)		
医療機関数	(か所)		
精神科病院・診療所	(病床数)		
訪問看護ステーション	(病床数)		
地域包括支援センター	(か所)		
障害者自立支援法に基づく事業所等	(か所)		

2 地域の被害状況（11月1日現在、お分かりでなければ直近の状況を教えて下さい。）

3 地域の被害状況（11月1日現在、お分かりでなければ直近の状況を教えて下さい。）

人物の被害	物的被害			その他の被害
	死者	(人)	全壊	(戸)
行方不明者	(人)	半壊	(戸)	
負傷者	(人)	一部破損	(戸)	

4 平常時の対応 4～6（震災前の体制・対応について教えて下さい。）

（1）精神保健福祉の現状把握と情報提供・普及啓発

- ① 自立支援法の障害福祉サービス等の施設リストを作成していますか。
- ② 精神科病院入院患者の実数を把握していますか。
- ③ 自立支援医療（精神通院医療）利用者の実数を把握していますか。
- ④ 精神障害者家族会の活動状況について把握していますか。
- ⑤ 患者や家族に対する教室等を実施していますか。
- ⑥ 役場職員や介護分野等の職員に対して精神保健に係る研修を実施していますか。
- 未実施、実施一【対象】市町村職員・介護分野職員・ボランティア・一般住民
- ⑦ 地域住民の心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を主催しているものがありますか。
- ⑧ ノ協力して行っている事業がありますか？

（2）組織育成

- ① 精神障害者自助グループの育成支援を実施していますか。
- ② 家族会の運営の育成支援を実施していますか。
- ③ 精神保健に関わるボランティア（心理咨询师・ラジテなど）の育成支援を実施していますか。
- ④ 断酒会、職親会等の育成支援を実施していますか？
- ⑤ 他に育成支援をしている団体がありますか？

（3）精神保健福祉相談の実施状況

- ① 常勤職員による電話・面接相談
 - 日常的に実施している（相談があつたときに概ね即対応できる）
 - 定期的に実施している（相談日を設定してその日のみの対応）
 - 実施していない。
- ② 常勤職員による家庭訪問による相談
 - 日常的に実施している（相談があつたときに概ね即対応できる）
 - 定期的に実施している（相談日を設定してその日のみの対応）
 - 実施していない。
- ③ その他の担当者（非常勤職員等）による相談
 - 日常的に実施している（相談があつたときに概ね即対応できる）
 - 定期的に実施している（相談日を設定してその日のみの対応）
 - 実施していない。
- ④ 定期的に専門相談を実施しているものはありますか。

2 市町村の組織・職員の基盤データ

① 市町村の組織

組織形態、課の構成、精神保健福祉業務の所管等

② 常勤職員数

医師	(人)	医師	(人)
薬剤師	(人)	薬剤師	(人)
歯医師	(人)	うち、精神保健福祉担当の職員数	
保健師	(人)	保健師	(人)
精神保健福祉士	(人)	精神保健福祉士	(人)
臨床心理技術者	(人)	臨床心理技術者	(人)
事務職員	(人)	事務職員	(人)
その他	(人)	その他	(人)

- 6 保健所との連携について
- ① 市町村を管轄する保健所との、精神保健福祉業務はどの程度ですか。各領域についてお聞きします。保健所といいます。
- アルコール依存
 思春期精神保健
 ひきこもり
 認知症
 薬物依存
 その他（
）

- (5) 訪問指導の実施状況について
- ① 常勤職員による訪問指導を実施していますか？
- ② 営託医による訪問指導を実施していますか？
- ③ その他の非常勤職員による訪問指導を実施していますか？
- 週1回以上実施している。

 年に数回程度実施している。

 実施していない。

- ② 訪問指導件数全体を100パーセントとすると、下記はそれぞれ何パーセントくらいになりますか。
- 措置入院にかかる事前調査（
パーセント）

 受診への働きかけ（
パーセント）

 担当職員による計画的訪問・その他（
パーセント）

(6) 社会復帰及び自立と社会参加への支援について

- ① 自立支援協議会を実施していますか。精神障害者部会がありますか？

- 保健所との連携について → 委員として策定に関与、資料・情報の提供、助言・指導、その他
 保健所との連携の程度 → とても大きい、やや大きい、どちらとも言えない、小さい、とても小さ

- ② 市町村ディケアの実施

- 実施している。（
回／月）

 実施していない。

- ③ 精神障害者保健福祉手帳の周知のため、病院等と連携していますか。

- ④ 社会復帰、自立、社会参加への支援として実施していることはありますか。

- 5 入院および通院医療関係事務
- (1) 市町村長が保護者となっている医療保護入院事例がありますか？(平成23年4月1日～9月30日)

- あつた
 なかつた
(例)

(2) 魔害福祉計画への取組についてお聞きします。

- ① 第2期障害福祉計画を策定していますか？

- ② 第2期障害福祉計画の策定に関して、保健所との連携はどうなさっていますか？

- 委員として策定に関与、資料・情報の提供、助言・指導、その他

- その他（具体的に
）

- ③ 第2期障害福祉計画の策定に関して、保健所との連携の程度はいかがでしたか？

- とても大きい、やや大きい、どちらとも言えない、小さい、とても小さい

→ 「はい。」の場合：受診支援を実施しましたか。

- 7 健康危機管理的な対応 7～9 (今回の震災を受けた後の体制・対応について教えて下さい。)
- (1) 緊急の医療体制確保に関する連絡調整について
- ① ごこのケアチーム等、外部支援医療救助隊活動について補助業務や、受け入れ態勢の連絡調整を行いましたか。

項目	連携の頻度		
	日常的・定期的な連携	随時の連携	連携なし
市町村障害福祉計画の策定			
自立支援協議会			
危機介入相談			
組織育成			
職員の研修			
普及啓発			
事例検討会			
自殺対策			
福祉事務所への支援			
教育委員会への支援			
その他〔 〕			

- ② 精神科医療機関の被災状況・稼働状況・患者受け入れ状況について情報収集を行いましたか。
- ③ 保健所と連携して近接する地域の病院や診療所の稼働状況について情報収集を行いましたか。
- ④ 保健所等と連携して、福祉関連施設の状況について情報収集を行いましたか。
- ⑤ 保健所と連携して避難所における医療ニーズについて情報収集を行いましたか。
- ⑥ 緊急医療物資について、過不足や追加支援の必要性について情報収集を行いましたか。
- ⑦ 措置診察対象者（措置診察対象者以外でも重篤な精神障害や身体合併症を有する事例等、緊急の診察と思われる事例）の診察について、医療機関との情報連絡を行いましたか。

(8) 市町村が行う健康管理やこれらのケアについて保健所と連携して、助言や多職種連携のための連絡調整を行いましたか。

(2) 在宅支援を要する精神障害者（以下、「精神障害者」という。）の状況把握

- ① 精神障害者の安否確認を行いましたか。
② 精神障害者の服薬继续や生活支援について、関係機関との連携調整を実施しましたか。
③ 精神障害者の連絡先台帳とそのバックアップを作成し、町内で情報共有されていますか。

（3）情報提供・相談体制について

- ① 精神障害者やこれらのケアを必要とする住民に関する情報を医療関係者へ提供、あるいは相談対応しましたか。
（電話で対応した、メーリングリストを立ち上げた、特には実施せず、
その他：_____）

② 保健所からの支援内容はどうなものが多かったですか。

（1）心のケアを実施しましたか。

→ 「はい。」の場合：

8 心のケアに關する対応
（1）心のケアを実施しましたか。
（2）心のケアを実施しませんでしたか。
（3）心のケアを実施する予定はありませんか。
（4）心のケアを実施する予定はありませんが、実施する可能性があります。
（5）心のケアを実施する予定はありませんが、実施する可能性がありますが、実施する意図はありません。
（6）心のケアを実施する予定はありませんが、実施する意図はありません。

・担当職員（該当するものに○）		・連携機関（該当するものに○）			
医師		医療機関			
薬剤師		県外からの応援部隊			
歯医師		精神保健福祉センター			
保健師		市町村			
精神保健福祉士		訪問看護ステーション			
臨床心理技術者		地域包括支援センター			
事務職員		居宅介護支援センター			
その他		高齢者入所施設			
		相談支援事業所			
		その他			

(2) 市町村における心のケアに関する業務計画等（短期工程表や中・長期工程表等：優先度の決定と効率的な運営等のため）を作成しましたか。

- ・短期工程表の作成
・中・長期復興計画（中・長期工程表）の作成

9 今回の震災を通じあらためて感じられた精神保健分野における課題と、それらに關する今後の対応策についてご教示ください。

番	問題点	対応策（今後、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」等に今後盛り込んでいく必要がある対応策など）

※ 市町村の精神保健福祉業務のあり方について、ご意見がありましたら自由にお書きください。

**厚生労働省 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
名 簿**

検討委員長	吉川 武彦	清泉女学院大学 清泉女学院短期大学 (社)日本精神保健福祉連盟
検討委員 ／調査事業担当	宇田 英典 竹島 正 野口 正行	鹿児島県姶良保健所兼大口保健所 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 /全国精神保健福祉連絡協議会 岡山県精神保健福祉センター
検討委員	岩田 和彦 金田麻里子 加納 紅代 金田一正史 瀧谷いづみ 高岡 道雄 瀧口 俊一 立森 久照 服部 悟 眞崎 直子 的場 由木 柳 尚夫	大阪府立精神医療センター 荒川区保健所 富山県高岡厚生センター射水支所 千葉県健康福祉部 障害福祉課 精神保健福祉推進室 愛知県半田保健所 兵庫県加古川健康福祉事務所 宮崎県日南保健所 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 愛知県衣浦東部保健所 日本赤十字広島看護大学 地域看護学領域 NPO 自立支援センターふるさとの会 兵庫県洲本保健所
研究協力者	赤澤 正人 中川 浩二 馬場 俊明	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 和歌山県 福祉保健部 福祉保健政策局 障害福祉課 こころの健康推進班 北海道 空知総合振興局 保健環境部保健福祉室 (岩見沢保健所)
オブザーバー	工藤 一恵	厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課障害福祉課 地域移行・障害児支援室

(検討委員/研究協力者 50 音順)

厚生労働省 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

発 行 日 平成 24 (2012) 年 3 月

発 行 者 社団法人 日本精神保健福祉連盟

会長 保崎 秀夫

発 行 所 社団法人 日本精神保健福祉連盟

〒108-0023 東京都港区芝浦 3 丁目 15 番 14 号

TEL : 03-5232-3308 FAX : 03-5232-3309
