

厚生労働省
平成26年度障害者総合福祉推進事業

保健所及び市町村における
精神障害者支援に関する全国調査
報告書

平成27(2015)年3月

公益社団法人 日本精神保健福祉連盟

目 次

はじめに	1
第1章 保健所における精神保健及び精神障害者への支援に関する実態調査研究報告	5
第2章 市町村における精神保健及び精神障害者への支援に関する実態調査研究報告	37
第3章 好事例調査報告	69
資料編	
1) 保健所調査票	127
2) 市町村調査票	134
3) 好事例（ベストプラクティス）の選考基準	145
4) 評価票	149
5) 検討委員・調査委員名簿	151

はじめに

公益社団法人日本精神保健福祉連盟では、平成26年度 厚生労働省より障害者総合福祉推進事業「保健所及び市町村における精神障害者支援に関する全国調査」研究補助金を受託しました。ここに本研究の成果をまとめ報告するものです。

【研究の目的】

平成26年4月に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律が施行され、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が新たに定められた。この指針は、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者（国、地方公共団体、精神障害者本人及びその家族、医療機関、保健医療サービス及び福祉サービスの従事者その他の精神障害者を支援する者をいう。）が目指すべき方向性を定めており、保健所や市町村が担うべき役割についても定められている。この指針では、精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項において、保健所や精神保健福祉センター等における相談や訪問支援を通して、早期に必要な医療に適切にアクセスできる体制の整備と関係機関の連携を進めることが定められた。また、医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項では、精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保することが、そしてその他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項では、保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて検討し、当該検討に基づく方策を推進することや、精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりを推進するなどが定められた。

これらを指針に基づき具体化していくためには、保健所及び市町村における精神障害者の地域生活支援の現状に関する正確な実態把握が欠かせない。居住支援の現状、就労支援の現状、余暇活動の現状、相談や医療につなげる課題の現状、地域における身近な人々との付き合いや交流の現状など精神障害者の生活全般の現状把握が必要である。また、精神保健福祉センターを含めた行政機関が連携を密接にするとともに、地域においては関係する医療機関、リハビリテーション施設、福祉サービス事業者、福祉事務所、社会福祉協議会、教育機関、労働機関、精神障害者の自助グループ、家族会や民間支援機関との地域ネットワークを強化することも求められている。さらには、指針が示したように、アウトリーチチーム支援により、受療中断者等に対し、病院や診療所の医師、看護職員、作業療法士、精神保健福祉士、薬剤師、臨床心理技術者等の医療関係者を中心としつつ、必要に応じて、保健所等の保健師及び精神保健福祉相談員並びに障害福祉サービスの相談支援専門員等を含む多職種と連携し、必要な医療を確保することも求められている。本指定課題では、これらの課題を掘り下げ、保健所及び市町村における精神障害者支援の実態について把握するため、好事例（ベストプラクティス）を収集し事例集としてとりまとめるとともに、指針に基づいた保健所及び市町村の精神障害者支援の今後の在り方に関する政策提言をとりまとめることを目的とした。

【研究デザインとその結果】

平成26年8月より、保健所及び市町村における精神障害者支援に関する全国調査を目的とする検討委員会（委員11名）を組織して、先行研究のレビュー及び精神保健医療福祉の既存データの収集と解析、関係機関のヒアリングの情報を共有した。平成26年10月には、検討委員会における検討を踏まえてアンケート調査の設計を行った。その後、11月には、埼玉県下の狭山保健所、川越保健所、上尾市、飯能市、所沢市においてヒアリングやプレテストを実施した。また、平成26年12月から平成27年3月まで、地域で精神障害者の生活支援に取り組んでいる先進事例を発掘するために、全国の精神保健福祉センターや保健所及び全国精神保健福祉相談員会の協力も得ながら、情報の収集と先進事例の発掘及び現地調査を行った。検討委員会は平成26年3月27日まで合わせて4回開催した。

実施した事業は次の3点が主要なものである。

- (1) 保健所及び市町村における精神障害者支援の実態（退院に向けた支援・地域生活支援・移送の実態、保健所が市町村に期待する役割等）に関する全国調査を実施し、まとめた。
- (2) 収集した事例を分析し、12の実践事例を選定し、これを好事例（ベストプラクティス）としてまとめた。なお、好事例に共通する特徴などの分析及び理論化は今後の研究課題とし、引き続き全国各地の草の根的な実践の更に掘り起こしをしていく所存である。
- (3) 平成27年3月28日(日)に、公開での研究成果報告会を東京にて実施した。

なお、これらのまとめでは文末に「文責者の氏名」を明記（好事例はそれぞれの文末の上位の氏名）したが、検討に際しては委員全員が参加しての作業であったことも記しておきたい。

本研究の結果、保健所と市町村の全国的な実態が明らかにされ、指針を踏まえた「保健所及び市区町村における精神保健福祉業務運営要領」改訂に向けた基礎資料を得ることができたと考える。とりわけ、先進的な取り組みや好支援の事例が発掘され、精神障害者支援の今後の在り方に大きく寄与することが期待できると考える。

【今後の予定】

- (4) 検討委員を中心に、それぞれが所属する（日本社会精神医学会、日本精神神経学会、日本精神衛生学会、日本社会福祉学会、日本精神保健福祉学会、日本地域福祉学会など）関連学会での発表を予定。

ここに、本研究に全面的にご協力いただいた全国保健所長会、全国精神保健福祉センター長会、全国精神保健福祉相談員会の皆さまに改めて感謝申し上げます。また、こうした研究の機会を提供して下さった厚生労働省にも感謝申し上げます、報告書と致します。

第1章 保健所における精神保健及び精神障害者への 支援に関する実態調査研究報告

I 保健所における精神保健及び精神障害者への支援に関する実態調査

研究要旨：

【目的】平成26年4月には改正精神保健福祉法（以下、改正法）に基づき「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（以下、指針）」が新たに定められた。このことをふまえ、保健所における精神障害者支援の現状と課題を把握し「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領（以下、運営要綱）」の改訂に向けた提言の基礎資料とすることを目的とした。

【方法】全国490保健所か所を対象に郵送による質問紙調査を行い、回答のあった保健所を政令指定都市型、中核市型、県型の3群に分けて各調査項目につき比較検討を行った。

【結果および考察】回収数（有効回収率）は330か所（67.3%）で、型別では政令指定都市型19か所（37.3%）、中核市型か所46（62.2%）、県型265か所（72.6%）であった。政令指定都市型は、精神保健福祉法と障害者総合支援法に係る二つの業務を同一課で担当している所が多く、精神障害者の支援活動を主体にアルコール・薬物関連問題、認知症など高齢者精神保健にかかる定期専門相談がなされていた。措置関連業務では警察官通報件数が突出して多く、精神保健福祉相談および訪問指導の平均延件数は極めて多かった。また今後の重点事業は、精神保健相談・訪問支援と精神科救急医療対応、精神障害者の地域移行・地域定着支援などで、地域の精神科医療体制の整備と連携が必要とされていた。中核市型保健所は、精神保健福祉法と障害者総合支援法に係る二つの業務を二課に分けて担当している所が多く、担当は保健師・看護師が中心で、精神健康調査結果の保有率が高く、普及啓発活動が活発で、家族会と精神保健ボランティア団体の育成支援、うつ病・気分障害、アルコール・薬物関連問題、ひきこもり支援などの取り組みがなされていた。今後の重点事業は、精神保健相談・訪問支援、困難事例の相談・訪問支援、精神障害者の地域移行・地域定着支援などで、精神科医の協力の他、保健師の増員、公衆衛生医師の確保など所内体制整備が必要としていた。県型保健所は、常勤者20-29名規模の所が中心で、障害者総合支援法の担当課がない保健所も多く、保健師・看護師を中心に精神保健業務を行っていた。市区町村との連携状況は、精神保健福祉相談の同席、訪問指導同行、処遇に関するコンサルテーション・事例検討会への参画などが高率に実施されていた。今後の重点事業は、困難事例の相談・訪問支援、市町村との役割分担・連携、精神科救急医療などで、地域の精神科医療体制の整備と管内市町村との連携強化が必要としていた。

【結論】平成26年4月には改正法に基づき「指針」が新たに告示され、地方自治体の果たすべき役割が明示された。現在の保健所業務の多様化が不適切な市町村間格差の拡大に陥るのを防ぐため、本調査結果と指針をふまえ今日的な「運営要領」の策定が望まれる。

A. 目的

わが国では、平成16年に10年計画での精神保健医療福祉改革が開始され、平成18年の障害者自立支援法の施行により、市区町村を第一線機関とし、保健所、精神保健福祉センターなどの県機関、および国による立体的重層構造的な地域精神保健福祉体制が展開されるこ

ととなった。

そして、平成26年4月には改正精神保健福祉法（以下、改正法）の施行により「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が新たに告示された。この指針は、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療へ

の改革の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定めており、市町村、保健所や精神保健福祉センターが担うべき具体的な役割も示されている。

この指針に示された市町村、保健所等における役割の具現化には、保健所及び市町村における精神障害者の地域生活支援および地域住民の心の健康づくりの現状および課題の把握が不可欠である。これらの状況を踏まえ、本研究は、保健所における精神障害者支援の実態および課題の把握と「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂に向けた提言の基礎資料とすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象

保健所は県型（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）、政令指定都市型の3群に分類した。平成26年4月現在の全国保健所数は、都道府県365か所、政令指定都市51か所、中核市43か所、政令市8か所、特別区23か所からなる490か所である。今回はこれら全てを調査対象とした。

2. 手続き

本研究では、予備調査を実施して質問項目を確定した上で郵送による質問紙調査を行った。対象となる全ての保健所に調査協力依頼状、調査票、返送用封筒を送付し回答を求めた。調査期間は、平成26年12月12日から平成27年1月20日までである。

3. 調査項目

(1) 保健所の概要と実施体制

基本属性と実施体制及び職員数、所属する都道府県・市区町村名、所名を尋ねた。

実施体制について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。職員数については、①精神保健福祉業務を担当している常勤、非常勤職員数、②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、③精神科嘱託医数を尋ねた。

(2) 精神保健福祉業務

地域保健・健康増進事業報告など既存資料を利用した回答を除き、平成26年度中の業務および状況（実施見込みを含む）を尋ねた。

1) 企画調整

①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、②管内住民の精神健康に関する調査、③精神科病院のリスト、④精神神経科診療所のリスト、⑤総合支援医療(精神通院医療)利用者数、⑥精神障害者保健福祉手帳の所持者数、⑦総合支援法の障害福祉サービスの施設リスト、⑧総合支援法の障害福祉サービスの利用精神障害者数を尋ねた。

2) 普及啓発の取組

① 地域住民対象の普及啓発

①心の健康づくり、②精神障害の正しい知識、③自殺対策、④アルコール・薬物関連問題などに関する普及啓発活動の実施ないし実施予定の有無を尋ねた。

② 家族や障害者本人に対する教室などの活動

①精神障害者の地域生活支援、②精神障害者のピア活動、③気分障害、アルコール・薬物関連問題、④ひきこもりなどに関する事業の実施ないし実施予定の有無を尋ねた。

3) 組織育成及び団体支援

①精神障害者の当事者団体、②精神障害者家族会、③アルコール・薬物関連問題の自助グループ、④自死遺族の会、⑤精神障害者の就労支援のための職親会、⑥精神保健ボランティア団体に関する支援などについて回答を求めた。

4) 精神保健福祉相談の実施状況

平成25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尋ねた。また、保健所職員および精神科嘱託医による面接相談の実施状況の他、①精神障害地域支援、②気分障害、③アルコール・薬物関連問題、④

ひきこもりなど児童思春期精神保健、⑤認知症等高齢者精神保健相談などの定期的専門相談日の有無を尋ねた。

5) 訪問指導の実施状況

平成25年度地域保健・健康増進事業報告の精神保健福祉訪問指導延件数の転記を求めた。

6) 社会復帰及び自立と社会参加への支援

①保健所デイケアその他の支援、②関係機関の紹介、③各種社会資源の整備促進及び運営支援、④精神障害者保健福祉手帳の普及、⑤入院者の地域移行支援、⑥措置入院者の退院支援について実施の有無を尋ねた。

7) 入院および通院医療関係事務の平成25年度業務実績

① 措置入院関連の業務（精神保健福祉法23条から27条）実績

保健所職員が直接対応した件数を尋ねた。

② 精神保健福祉法第34条（医療保護入院等のための移送）の業務実績

措置入院及び医療保護入院各々について事前調査の件数、移送への立会件数を尋ねた。

③ 医療観察法関連業務実績

地域処遇にかかるケア会議等への職員参加の件数を尋ねた。

④ 自立支援医療（精神通院医療）事務

受理件数を尋ねた。

⑤ 精神保健福祉法に基づく精神科病院実地指導・実地審査

実施または参画しているか、関与していないかを尋ねた。

8) 管内市区町村への協力および連携状況

① 精神保健福祉に関する連絡調整

以下の8項目につき市町村との連絡調整の実績の有無について尋ねた。①企画調整業務（精神保健福祉の課題や業務の方向性の検討）、②関係会議開催等、③市町村障害者計画・障害福祉計画の策定に関する協力、④自立支援協議会への参画、⑤普及啓発事業の共催、⑥精神保健福祉相談への同席や訪問指導への同行、⑦処遇に関するコンサルテーション・事例検討会への参画、⑧職員の研修。（複数回答可）

② 市町村から支援依頼のある困難事例について

市町村から支援依頼のある困難事例にはどのようなものがあるについて、以下の11項目について回答を求めた。①医療機関の受診拒否、②医療中断・頻回再燃、③ひきこもり、④大声や威嚇行為など近隣での迷惑行為、⑤家庭内暴力、⑥虐待問題、⑦自傷・自殺未遂事例、⑧アルコール・薬物関連問題等の事例、⑨インターネット・スマホ嗜癖等の事例、⑩認知症等の老年期精神障害関連問題、⑪その他（複数回答可）

また、困難事例の対応で困難を感じる理由について、以下に掲げる8項目を例示し回答を求めた。①他の業務で多忙で余裕がない、②保健所から遠方である（片道1時間以上かかる）、③家族がいるが本人が未治療・治療中断で医療支援を拒否している、④同居家族がいるが、理解・協力を得られない、⑤独居でかつ未治療・治療中断で医療支援を拒否している、⑥職員への暴力の危険がある、⑦パーソナリティ障害等で医療機関にかかっているが対応が困難である、⑧新たな課題であり新規に対応方法を考える必要がある。（複数回答可）

(3) 精神保健福祉法改正に伴う目指すべき役割

平成25年の改正法に基づき「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が策定され、今後保健所の目指すべき役割が提示されたことを受けて、今後重要と思われる課題及びそれに対応するために必要な体制整備について、以下に掲げた各16項目について、「大変大きい」から「とても小さい」までの5段階評価で回答を求めた。

1) 今後の保健所の精神保健福祉業務の重要課題

①精神科救急医療対応、②市区町村との役割分担や連携、③多職種アウトリーチ支援体制、④保健医療福祉データの活用による体制整備、⑤困難事例の相談・訪問支援、⑥法第34第1の規定による移送支援、⑦法第33第1

に基づく医療保護入院調整支援、⑧自死遺族支援、⑨自殺未遂者支援、⑩精神保健相談・訪問支援、⑪ひきこもり相談・訪問等支援、⑫認知症等の老年期精神障害関連問題、⑬アルコール・薬物関連問題事例への支援、⑭インターネット・スマホ嗜癖等への支援、⑮精神障害者の地域移行・地域定着支援、⑯医療観察法対象者への支援。

2) 今後の保健所業務遂行のために必要な体制整備

①本庁主管課との連携強化、②精神保健福祉センターとの連携強化、③児童相談所など県機関との連携強化、④管内市町村との連携強化、⑤精神保健福祉相談員の増員、⑥保健師の増員、⑦公衆衛生医師の確保、⑧多職種アウトリーチチームの設置、⑨精神科医の協力、⑩措置診察医の確保、⑪夜間・休日の精神科救急医療体制の整備、⑫精神科病院と地域援助事業者の橋渡し、⑬警察・消防等機関との連携・調整、⑭ハローワーク等労働関係機関との連携・調整、⑮所内での事例検討会等の強化、⑯関係機関によるサービス調整会議の強化。

4. 解析方法

データクリーニングの段階で、職員数、入院関係事務の各件数の無記入が目立った。複数の保健所への問い合わせ確認を行い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、その他の無回答の扱いは研究者間と解析担当者との協議によって扱いを決定した。解析にあたっては、保健所を県型（都下保健所を含む）、中核市型（中核市、政令市、特別区）、政令指定都市型の3群に分類し、各項目の割合または平均値を算出した。解析にはIBM SPSS Statistics Version22を用い、さらに詳細な解析にはStata/SE version 12.1 (Stata Corp LP, College Station, TX) 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. 調査票の回答率と解析対象

全国490か所の保健所のうち330か所から回答が得られた（有効回答率67.3%）。型別保健所数に対する回答割合は、政令指定都市型19か所（37.3%）、中核市型46か所（62.2%）、県型265か所（72.6%）で、全回答例を解析対象とした。

2. 各調査項目結果

本報告では全体および保健所の3類型別にみた集計結果に焦点をしぼり、その概要を報告する。なお、詳細な数値データについては各表を参照されたい。

(1) 保健所の概要と実施体制

1) 地域分布（表1-1、図1-1）

全体では関東北陸甲信越地区が最多の17.0%、次いで、九州沖縄地区15.5%、中国四国地区が14.2%の順であった。型別では、県型は全体の分布状況と同様であったが、政令指定都市型は首都圏と九州沖縄地区、中核市型は首都圏の比率が高かった。

2) 常勤職員数（表1-2、図1-2）

保健所職員の分布で最も多かったのは、「20-29名」の69か所（20.9%）で、次いで「30-39名」49か所（14.8%）、「10-19名」37か所（11.2%）の順で、「20-29名」の階級をピークに分布していた。また、常勤職員が「10名未満」という保健所も26か所（7.9%）ある一方、「100名以上」の保健所も34か所（10.3%）あり保健所ごとにかなり差があった。

型別の職員数では、政令指定都市型、中核市型ではともに「100名以上」の保健所が多かった（政令指定都市型7か所：36.8%、中核市型19か所：41.3%）のに対して、県型で

は「20-29名」の保健所が66か所（24.9%）と最多であった。

3) 精神保健福祉法と障害者総合支援法の担当課（表1-3、図1-3）

精神保健福祉法と障害者総合支援法の担当課については、同一課が担当しているのが130保健所（39.4%）、障害者総合支援法の担当課がない保健所は90カ所（27.3%）であった。

型別では、政令指定都市型では、「同一課で担当」が12か所（63.2%）であったのに対して、中核市型では34か所（73.9%）が二課で担当となっているなど対照的であった。県型では「障害者総合支援法の担当課なし」の保健所が87か所（32.8%）となっており、保健所の類型によって対応が別れていた。

4) 精神保健福祉業務を担当している職員数（表1-4）

常勤医師は少なく、平均で0.2名（SD=0.5）であった。非常勤医師も平均0.74名（SD=4.4）であった。常勤保健師・看護師数は全体では平均5.1名（SD=10.3）であったが、型別では、政令指定都市型では平均9.4名（SD=22.7）、中核市型は14.9名（SD=20.2）に対し、県型は3.1名（SD=2.6）と少なかった。非常勤保健師・看護師は非常に少なく、全体で0.2名（SD=1.0）であった。常勤精神保健福祉士は全体では、平均0.7名（SD=1.9）であったが、政令指定都市型では平均3.4名（SD=5.2）、中核市型1.2名（SD=2.2）、県型0.4名（SD=1.0）で、県型で少なかった。非常勤は全体で0.1名（SD=0.7）と少なかった。そのほか、臨床心理技術者数は非常に少なく、常勤で0.1名（SD=0.5）であった。また、事務職員は常勤が1.9名（SD=5.9）であり、政令指定都市型では5.7名（SD=7.1）、中核市型では3.0名（SD=9.3）、県型では1.4名（SD=4.9）であった。その他の職員は常勤で0.7名（SD=3.3）であった。

(2) 精神保健福祉業務

1) 企画調整（表2、図2）

管内資料の保有状況については、精神科病院リストの保有が96.7%と最多で、以下、精

神科診療所リスト95.8%、精神障害者手帳保持者数85.2%、総合支援医療利用者数83.0%、総合支援法の障害福祉施設リスト81.8%などの順でいずれも高率であった。しかし、障害福祉サービスの利用精神障害者数と住民の精神健康調査結果については、それぞれ21.5%、17.8%と低かった。また、型別の比較では、総じて政令指定都市型での保有率が高く、県型で低かった。また、精神健康調査結果については中核市型が41.3%、政令指定都市型26.3%、県型12.8%であり、総合支援法の利用精神障害者数は、政令指定都市型84.2%、中核市型38.1%、県型14.0%と相互に大きく異なっていた。

2) 普及啓発の取組（表3、図3）

全体では、自殺対策の普及啓発が90.6%と最多で、次いで、精神障害者の知識の普及啓発64.2%、心の健康づくりの普及啓発59.7%、アルコール・薬物関連問題の普及啓発54.5%であった。型別の比較では、全ての項目において、中核市型で実施率が最多であり、県型は心の健康づくりの普及啓発以外はいずれも低い実施率であった。

3) 障害者本人および家族への支援（表4、図4）

全体では、精神障害者の地域生活支援が42.4%、ひきこもり支援38.5%、うつ病・気分障害22.7%、アルコール使用障害21.5%であった。型別では、政令指定都市型で、精神障害者の地域生活支援、精神障害者ピア活動、薬物使用障害が高く、中核市型でうつ病・気分障害、アルコール使用障害、ひきこもり支援の比率が他の二型に比して高かった。

4) 組織育成及び団体支援（表5、図5）

全体では精神障害者家族会の育成支援が64.2%と最多で、次いでアルコール・薬物関連問題当事者団体の支援33.3%、精神保健ボランティア団体育成支援30.0%、精神障害者の当事者団体育成23.9%であった。一方、自死遺族の会への運営支援と就労支援のための職親育成支援はそれぞれ9.1%、6.1%と低率であった。型別では、政令指定都市型で、当

事者団体、アルコール・薬物関連問題自助グループ、職親会の支援が、中核市型で、家族会と精神保健ボランティア団体の育成支援が他二型に比して高率であった。

5) 精神保健福祉相談の実施状況

① 精神保健福祉相談延べ件数 (表 6-1)

平成25年度の精神保健福祉相談の延べ件数は平均1381.1件 (SD=2347.1) であった。保健所の型別では、政令指定都市型が、6891.0件 (SD=4236.7) と最多であり、次いで、中核市型3271.2件 (SD=2974.1)、県型657.9件 (SD=895.0) の順であった。

② 保健所職員による面接相談 (表 6-2, 図 6-2)

保健所職員による相談面接については全体では92.4%が「随時実施」で、型別の比較では中核市型で「定期的に実施」が17.4%と多かった。

③ 精神科嘱託医による面接相談 (表 6-3, 図 6-3)

精神保健嘱託医による面接相談については、3型とも「定期的に実施」が85%前後を占めていた。

④ 定期的な専門相談日の有無 (表 6-4, 図 6-4)

全体では、ひきこもりなど児童思春期精神保健40.0%と最多で、次いでアルコール・薬物関連問題33.6%、うつ病等気分障害27.9%、認知症など高齢者精神保健26.1%、精神障害地域生活支援24.5%の順であった。型別では、政令指定都市型で、アルコール・薬物関連問題47.4%、認知症など高齢者精神保健42.1%、精神障害地域生活支援31.6%と他の二型より多く、中核市型で、その他専門相談21.7%と多かった。また、うつ病等気分障害相談については大きな差は見られなかった。

6) 訪問指導の実施状況 (表 6-5)

平成25年度の精神保健福祉の訪問指導延べ件数の平均値は302.6件 (SD=521.1) であった。型別では、政令指定都市型は1123.7件 (SD=1501.9) と最多であり、次いで、中核市型が762.2件 (SD=554.4) であった。県型では

164.0件 (SD=166.1) であり、保健所の型によるばらつきが大きく、政令指定都市型と県型では10倍近い差が見られた。

7) 社会復帰及び自立と社会参加への支援 (表 7, 図 7)

全体では関係機関の紹介が97.8%と最多で、以下、入院者の地域移行と措置入院者の退院支援が共に77.3%、各種社会資源の整備と運営支援54.5%、精神障害者の手帳の普及39.1%の順で保健所デイケア等の支援は26.1%と低かった。型別にみると、政令指定都市型では、各種社会資源の整備と運営支援、精神障害者手帳の普及、措置入院者の退院支援が、中核市型では関係機関の紹介、保健所デイケアその他支援が、また、県型では措置入院者の退院支援が他の二型より高率であった。

8) 措置入院関連の業務実績 (表 8)

① 保健所職員が直接対応した措置入院関連件数

措置通報では、特に第23条通報 (警察官通報) が多く、全保健所の平均値は、30.6件 (標準偏差、以下SD=50.2) であった。保健所の型別では、政令指定都市型で特に多く、平均値が103.1件 (SD=114.3) と突出していた。中核市型では、38.7件 (SD=36.6) であり、県型では、平均値が24.0件 (SD=39.8) と最も低かった。

第23条入院については、通報に比べると数は少なく、平均値は全体で7.2件 (SD=11.1) であったが、政令指定都市型では18.4件 (SD=15.9) と最多であり、県型が6.4件 (SD=10.1) と最少であった。

第24条通報 (検察官通報) が二番目に多い措置通報の形態であった。全体の平均は2.9件 (SD=6.1) であった。政令指定都市型で14.7件 (SD=18.2) と最多で、次いで県型が2.5件 (SD=3.6) であり、中核市型では0.5件 (SD=1.3) と非常に少なかった。

次に多かったのが、第26条通報 (矯正施設長通報) で、全体の平均値は5.9件 (SD=15.5) であった。型別では、政令指定都市型で34.2件 (SD=42.6) と多かった。県型は4.5件 (SD=

10.4)で、中核市では1.7件(SD=5.4)と最も少なかった。その他の措置形態については、通報、診察、入院とも非常に少なかった。

② 措置入院及のための移送の事前調査と移送への立会件数(表9-1)

措置入院のための移送の事前調査件数は、平均6.1件(SD=20.9)であった。型別にみると、県型6.6件(SD=22.3)と最多で、次いで、中核市型が4.2件(SD=15.1)、政令指定都市型3.8件(SD=8.8)の順であった。

措置入院の移送の立会は、全体では4.0件(SD=9.8)であった。型別にみると、県型が4.2件(SD=9.6)と最多で、次いで、政令指定都市型3.8件(SD=8.8)、中核市型は2.9件(SD=11.1)であった。

③ 医療保護入院・応急のための移送の事前調査と移送への立会件数(表9-2)

医療保護入院の移送事前調査は全体では0.6件(SD=2.7)と少なく、医療保護入院の移送の立会件数も0.5件(SD=2.7)と少なかった。型別では、中核市型が他の二型に比して少なかった。

④ 医療観察法の地域処遇にかかるケア会議への出席(表10)

全体では平均5.5件(SD=9.8)であった。型別では、政令指定都市型は平均16.2件(SD=27.8)で、中核市型9.1件(SD=8.5)、県型4.1件(SD=6.6)に比べ多かった。

⑤ 自立支援医療(精神通院医療)の受理件数(表11)

全体では平均1810.1件(SD=4821.5)であった。型別では、政令指定都市型が平均12397.0件(SD=13994.4)、中核市型が2851.5件(SD=3560.0)、県型が870.1件(SD=2077.4)と型別の差が顕著であった。

⑥ 保健所の精神科病院実地指導・実地審査への関与状況

a) 実地指導(表12-1, 図12-1)

全体では、「実施している」保健所は41.8%であった。一方、「関与していない」保健所も20.3%あった。

型別では、県型では「関与している」保健

所が46.8%、政令指定都市型では52.6%と多かったが、中核市型では、「関与していない」が60.9%と多かった。

b) 実地審査(表12-2, 図12-2)

全体では、「実施している」保健所は40.3%であったが、「関与していない」保健所は29.4%と実地指導のそれよりも多かった。型別では、「実施している」が、政令指定都市型52.6%、県型45.3%であった。「関与していない」は、中核市型73.9%と多く、政令指定都市型26.3%、県型21.9%と少なかった。

9) 管内市町村への協力及び連携

① 市町村との連絡調整業務(表13, 図13)

全体では、精神保健福祉相談への同席、訪問指導への同行84.2%と高く、次いで、処遇に関するコンサルテーション・事例検討会への参画81.8%、自立支援協議会への参画72.4%、企画調整業務68.5%の順であった。市町村との連絡調整業務が重要な県型保健所に注目すると、精神保健福祉相談同席、訪問指導同行96.2%と最多で、次いで、処遇に関するコンサルテーション・事例検討会参画93.6%、自立支援協議会への参画83.8%、企画調整業務80.0%、職員研修68.3%、市町村障害者計画等の策定協力65.3%の順であった。

型別の比較では、中核市型がいずれの項目も他二型に比べて低く、政令指定都市型では、普及啓発事業の共催が63.2%と高く、その他項目は40%前後であった。

② 市町村から支援依頼のある困難事例(表14, 図14)

全体では、①医療機関の受診拒否83.0%と最多であり、次いで、②医療中断・頻回再燃81.5%、④大声や威嚇行為など近隣での迷惑行為78.5%、⑧アルコール・薬物関連等の事例73.6%、③ひきこもり72.7%の順であった。県型保健所に注目すると、上記の順番は同じであるが、比率は、①94.3%、②92.5%、④89.1%、⑧82.6%、③82.6%と極めて高い比率となる。一方、政令指定都市型における困難事例発生頻度は概ね県型の半分、中核市型は1/3程度となるが、⑨インターネット・ス

マホ嗜癖等の事例については中核型（13.0%）で政令指定都市型（5.3%）よりも頻度が高かった。

③ 事例への対応で困難を感じる理由（表15、図15）

全体では、③家族がいるが本人は未治療・治療中断で医療拒否79.7%と最多で、以下、⑤独居で未治療・治療中断で医療拒否78.8%、④同居家族の理解・協力なし73.0%、⑦パーソナリティ障害等での対応困難71.5%の順であった。また、①他業務が多忙、②保健所から遠方、⑥職員への暴力の危険などを困難理由とする保健所は少なかった。

県型保健所に注目すると、順番は同じであるが、③が87.9%、⑤86.0%、④80.8%、⑦78.9%であった。また中核市型と政令指定都市型では概して後者の方が比率は高かったが⑦は中核市型の方が高かった。

(3) 平成25年度精神保健福祉法改正をふまえた今後の保健所の役割と体制整備

1) 今後の保健所の精神保健福祉業務の重要課題（表16-1, 2, 3, 4, 図16-1, 2, 3, 4）

16項目のうち13項目で、「大変大きい」「大きい」の合計が50%を超えていた。50%未満は、⑫認知症など老年期精神障害関連47.9%、⑦法34条移送支援43.0%、⑭インターネット・スマホ嗜癖等への支援40.9%の3項目にとどまる。

「大変大きい」に注目すると、全体では、⑤困難事例の相談訪問支援52.4%と最も高く、次いで、②市区町村との役割分担・連携44.2%、①精神科救急医療対応40.9%、⑩精神保健相談・訪問支援37.0%、⑮精神障害者の地域移行・地域定着支援31.8%、③多職種アウトリーチ支援23.6%、⑨自殺未遂者支援20.3%、⑬アルコール・薬物関連問題事例への支援18.8%、④保健医療福祉データの活用による体制整備17.6%、⑯医療観察法対象者への支援16.1%、⑪ひきこもり相談・訪問等支援15.5%、⑥法第34第1の規定による移送支援12.4%と⑧自死遺族支援11.8%および⑦法第

33第1に基づく医療保護入院調整支援11.5%、⑫認知症等の老年期精神障害関連問題6.4%、⑭インターネット・スマホ嗜癖等への支援4.8%であった。

型別で上位3項目をみると、政令指定都市型では、⑩精神保健相談・訪問支援と①精神科救急医療対応が共に36.8%、⑮精神障害者の地域移行・地域定着支援が31.6%の順であった（表16-2、図16-2）。また、中核市型の上位3項目は、⑩精神保健相談・訪問支援63.0%、⑤困難事例の相談・訪問支援56.5%、⑮精神障害者の地域移行・地域定着支援45.7%であった（表16-3、図16-3）。そして、県型では、⑤困難事例の相談・訪問支援54.0%、②市町村との役割分担・連携49.1%、①精神科救急医療が43.8%であった（表16-4、図16-5）。

2) これからの保健所業務に必要な体制（表17-1, 2, 3, 4, 図17-1, 2, 3, 4）

16項目の全てで、「大変大きい」「大きい」の合計が65%を超えていた。

このうち「大変大きい」とされた業務に注目すると、保健所全体では、⑨精神科医の協力72.1%が最多で、以下、⑪夜間・休日の精神科救急医療体制の整備56.1%、⑩措置診察医の確保55.5%、④管内市町村との連携強化53.9%、⑥保健師の増員50.3%、⑬警察・消防等機関との連携・調整43.0%、⑦公衆衛生医師の確保36.7%、⑤精神保健福祉相談員の増員36.4%、②精神保健福祉センターとの連携強化32.1%、⑫精神科病院と地域援助事業者の橋渡し31.8%、⑧多職種アウトリーチチームの設置27.6%、①本庁主管課との連携強化24.8%、⑮所内での事例検討会等の強化20.0%で、⑯関係機関によるサービス調整会議の強化19.7%、③児童相談所など県機関との連携強化18.8%、⑭ハローワーク等労働関係機関との連携・調整12.7%であった。

型別に上位3項目をみると、政令指定都市型では、⑨精神科医の協力52.6%、⑫精神科病院と地域援助事業者の橋渡し47.4%、⑪夜間・休日の精神科救急医療体制の整備、⑩措

置診察医の確保及び、②精神保健福祉センターとの連携強化が同率42.1%の順であった（表17-2、図17-2）。また、中核市型の上位3項目は、⑨精神科医の協力82.6%、⑥保健師の増員54.3%、⑦公衆衛生医師の確保45.7%の順であった（表17-3、図17-3）。そして、県型では、⑨精神科医の協力71.7%、⑩措置診察医の確保61.9%、⑪夜間・休日の精神科救急医療体制の整備と④管内市町村との連携強化の二項目が同率の61.1%の順であった（表17-4、図17-4）。

D. 考察

今回の調査によって、保健所における精神保健福祉業務の取り組み状況は、政令指定都市型、中核市型、県型などの型や地域によって相当な差異があることが確認された。

政令指定都市型は、精神保健福祉法と障害者総合支援法に係る業務を同一課で担当している所が多く、担当者については精神保健福祉職が他の二型に比して多かった。管内資料の保有率は高く、精神障害者の地域生活支援、精神障害者ピア活動、薬物使用障害などの支援、当事者団体や職親会の育成支援、措置入院者の退院支援など精神障害者の支援活動や、アルコール・薬物関連問題、認知症など高齢者精神保健にかかる定期専門相談などが活発になされていた。措置関連業務では警察官通報件数が突出して多く、精神保健福祉相談および訪問指導の平均延件数も各々6891.0件、1123.7件と他の二型に比して多かった。今後の重点事業としては、精神保健相談・訪問支援と精神科救急医療対応、精神障害者の地域移行・地域定着支援が上位3項目で、必要な体制整備については、精神科医の協力、精神科病院と地域援助事業者の橋渡し、夜間・休日の精神科救急医療体制の整備、措置診察医の確保など地域の医療資源・体制の充実化が必要とされていた。

中核市型保健所は、精神保健福祉法と障害者総合支援法に係る業務を二課に分けて担当している所が7割台で、担当者では、保健師・

看護師が中心であった。管内資料については精神健康調査結果の保有率が高く、普及啓発活動が活発で、家族会と精神保健ボランティア団体の育成支援、うつ病・気分障害、アルコール関連問題、ひきこもり支援などへの取り組みが活発で、他の二型に比して精神保健業務への取り組みが充実している。また、精神保健福祉相談の延平均件数3271.2件、訪問指導平均延件数762.2件であった。今後の重点事業としては、精神保健相談・訪問支援、困難事例の相談・訪問支援、精神障害者の地域移行・地域定着支援が上位3項目で、必要な体制整備としては、精神科医の協力の他、保健師の増員、公衆衛生医師の確保など所内体制の整備が必要としていた。

県型保健所は、常勤者「20-29名」規模の所が標準的で、「障害者総合支援法の担当課が無いところも多く、保健師・看護師を中心に実施していた。管内資料の保有率は他二型に比して低く、普及啓発活動は「自殺対策」を除き低い実施率であった。市区町村との連携状況については、精神保健福祉相談同席、訪問指導同行、処遇に関するコンサルテーション・事例検討会参画は90%台で、自立支援協議会への参画、企画調整業務の連絡調整も80%台で実践されていた。精神保健福祉相談の延平均件数は657.9件、訪問指導平均延件数は164.0件であった。また、市町村からの支援依頼は、医療機関の受診拒否、医療中断・頻回再燃、近隣での迷惑行為等が複雑に絡み合い、独居ないし家族の理解協力の得られない事例、パーソナリティ障害の疑われる事例でなされていた。今後の重点目標は、困難事例の相談・訪問支援、市町村との役割分担・連携、精神科救急医療などで、必要な体制整備としては、精神科医の協力、措置診察医の確保、夜間・休日の精神科救急医療体制の整備、管内市町村との連携強化が高率であった。

以上、多様多彩にわたる今日的な地域精神保健の課題に対し、保健所は地域の実情をふまえて多様な対応体制で業務を展開していたが、次に、今後の保健所の機能役割とその適

正な運用に向けて重要と思われる①精神保健福祉法と障害者総合支援法の担当課、②精神保健福祉相談および訪問指導、③措置業務、④市町村との連携、⑤今後の重要な精神保健業務とそれに必要な体制づくりに焦点をしばらく考察する。

① 精神保健福祉法と障害者総合支援法の担当課

精神保健福祉法と障害者総合支援法の担当課については、中核市型では異なる二課での対応が73.9%と多く、政令指定都市型では同一課での63.2%、県型では障害者総合支援法の担当課なしが32.8%と相互に大きく異なっていた。また、企画調整のための管内資料の保有状況では、障害福祉サービスの利用精神障害者数の管内資料の保有状況が県型と中核市型で特に少なく、管内の精神障害者のニーズの把握がしにくい状態にあることが危惧される。この点については、今後、保健福祉と医療介護の連携推進に向けた工夫が必要になると思われた。

② 精神保健福祉相談および訪問指導

精神保健福祉相談では、最多の政令指定都市型と最少の県型とでは10倍近い差があり、訪問支援についても同様の傾向が見られた。この点に関しては、管区内の人口、市町村の相談件数や訪問件数も合わせた検討が必要と思われる。また、今後、急速に増大すると思われる高齢者の地域生活支援では保健・福祉と医療・介護の連携が不可欠であり、これらの新たなニーズに対応するためには、広域専門的機関としての保健所の組織体制の強化と地域の保健医療福祉介護資源との連携体制をどう構築するかが極めて重要な課題となろう。

③ 措置業務

措置業務では、第23条通報（警察官通報）が最多であり、型別にみると、政令指定都市型では平均3日に1件ぐらいの割合での通報がみられ、また、中核市型での通報も多かった。一方、通報に対する入院の比率は、政令指定都市型でも県型でも4～5対1と同様の傾向にあった。措置入院の基準については、

地域差が大きいことが従来より指摘されているが、特に第23条通報の業務は、対象者本人および関係者への負担も大きい。従って、この度の精神保健福祉法改正をふまえ、人権に配慮した適切な運用のあり方を検討する必要がある。

また、医療保護入院の仕組みが大幅に改変されたが、この変更が措置入院にどのような影響を及ぼすかについて経時的な分析が必要である。なお、措置入院の移送のための事前調査については、県型が最も多く、通報とは異なった結果となったが、この点に関しても今後、移送の理由などの調査検討が必要と思われる。

④ 市町村との連携

管内市区町村との連絡調整の実績では、「精神保健福祉相談への同席・訪問指導への同行」や「処遇に関する事例検討会等への参画」が多かった。また、今回、同時に行った市町村調査では、特に、10万人以上30万人未満と10万人未満では、精神保健福祉業務への対応に苦慮しており、所管課の人員体制の充実に加え、保健所に対し同行支援などの個別支援の充実や人員増による市町村支援の強化への期待が高かった。以上より、保健所（特に県型）では、市町村の困難事例への支援等の市町村のバックアップが重要な業務になると思われる。

⑤ 今後の重要な精神保健業務とそれに必要な体制づくり

今後の保健所の重要な業務としては、「困難事例への相談・訪問支援」「市町村との役割分担・連携」「精神科救急医療対応」「精神保健相談・訪問支援」などが多く上げられていた。このことは、市町村との協力のもと、困難事例への対応や措置入院業務などを行うことの優先度が高いことを示している。一方、市町村からの依頼では「医療機関受診を拒否」「治療中断、頻回再燃」「近隣での迷惑行為」などが多かった。また「精神障害者の地域移行・地域定着支援」は優先度の高い上位5項目中に入っており、社会復帰にかかる調査項

目でも「入院者の地域移行支援」は「措置入院者の退院支援」と並んで重要度の高い項目の上位にあげられていた。以上より、保健所には地域支援機関のつなぎ手としての役割が求められていることが分かる。

また市町村調査で、「精神科医療機関への監査・指導による人権への配慮」が保健所の役割であるとする意見も多かった。現状でも、精神科病院実地指導、実地審査には6割以上の保健所が関与している。今後、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」でも示されたように、実地指導、実地審査や医療保護入院者の把握などに保健所としても力を入れて、一層の地域移行・地域定着支援を図ることが必要と思われる。

保健所がこのような支援を行う上で必要な体制として「精神科医の協力」「夜間・休日の精神科救急医療体制の整備」「措置診察医の確保」「管内市町村との連携強化」「保健師や精神保健福祉相談員の増員」「精神保健福祉センターとの連携強化」などがあげられている。精神保健福祉センターや精神科医との連携も今後一層強化されることも必要であると考えられる。

5 結語

今回の調査によって、保健所には政令指定都市型、中核市型、県型などの型や地域によってその機能や人数などかなりの差異があることが確認された。地域の実情をふまえた行政施策の展開という視点からはこうした多様化はある意味で必然的な結果ともいえるが、地域精神保健医療福祉施策における不適切な市町村間格差の増大を防ぐためには、現状をふまえた「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の策定が不可欠である。平成26年4月には改正精神保健福祉法の施行により「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が新たに告示された。本指針には、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるた

めの精神医療への改革の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定めており、市町村、保健所や精神保健福祉センターが担うべき具体的な役割も示されている。本指針に示された市町村、保健所等における役割の具現化に向けて、今回の保健所、市町村実態調査結果をふまえた要領改定がなされることを期待したい。

本調査や市町村調査の結果も踏まえると、保健所の今後の役割としては、直接支援の窓口としての市町村が対応に苦慮する困難事例への支援、精神科救急医療確保、精神科医療機関の適正な質の確保などを行うことがあげられる。それをバックアップするものとして、精神保健福祉センターが困難事例への医療的支援、精神科医療審査会などを通じた精神科医療の質の確保などを行うことで、市町村、保健所、精神保健福祉センターの重層的な支援体制を確立することが求められるだろう。

なお、これらの運営要領に示された行政機関の役割を適正に実施するためには、それなりの体制整備と事業展開の実現に向けた財源の確保が大きな課題といえよう。

謝辞

本調査の回答にご協力をいただきました、保健所の皆様に感謝いたします。また、調査実施にあたり全国保健所長会、全国精神保健福祉センター長会にご協力いただきましたことに感謝いたします。

(文責 桑原 寛)

保健所調査結果まとめの図表一覧

<p>I 保健所の概要と実施体制</p> <p>表1-1 保健所の地域分布 表1-2 常勤職員数 表1-3 精神保健福祉法と障害者総合支援法の担当課 表1-4 精神保健福祉業務を担当している職員数</p> <p>II 精神保健福祉業務</p> <p>1. 企画調整 表2 企画調整にかかる管内資料の保有状況</p> <p>2. 普及啓発の取り組み 表3 地域住民への普及啓発活動 表4 障害者本人および家族に対する支援活動</p> <p>3. 組織育成・団体支援 表5 組織育成・団体支援</p> <p>4. 精神保健福祉相談 (平成25年度地域保健・健康増進事業報告より) 表6-1 精神保健福祉相談延件数 表6-2 保健所職員による面接相談 表6-3 精神科嘱託医による面接相談 表6-4 定期的な専門相談日の有無</p> <p>5. 訪問指導 (平成25年度地域保健・健康増進事業報告より) 表6-5 訪問指導</p> <p>6. 社会復帰及び自立と社会参加への支援 表7 社会復帰及び自立と社会参加支援</p> <p>7. 措置入院関連の業務実績 表8 措置入院関連の業務実績 第22条(一般申請) 第23条(警察官通報) 第24条(検察官通報) 第25条(保護観察所の長の通報) 第26条(矯正施設長の通報) 第26条の2(精神科病院管理者の届出) 第26条の3(医療観察法の地域処遇の通報) 第27条第2項による診察</p> <p>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 表9-1 措置入院のための移送の事前調査および移送への立ち会い 表9-2 医療保護入院および応急のための移送の事前調査および立ち会い</p> <p>表10 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件数 表11 自立支援医療(精神通院医療)の受理件数</p> <p>精神保健福祉法に基づく精神科病院実地指導・実地審査 表12-1 保健所の精神科病院実地指導への関与状況 表12-2 保健所の精神科病院実地審査への関与状況</p> <p>8. 管内市区町村への協力および連携について 表13 市区町村との連絡調整実績 表14 市区町村からの支援依頼対象となる困難事例 表15 困難事例の対応で困難を感じる理由</p> <p>III 平成25年度法改正をふまえた今後の保健所の役割と体制整備</p> <p>1 今後重要になる保健所の精神保健医療福祉業務 表16-1 全保健所 表16-2 政令指定都市型保健所 表16-3 中核市型保健所 表16-4 県型保健所</p> <p>2 これからの保健所業務に必要な体制 表17-1 全保健所 表17-2 指定都市型保健所 表17-3 中核市型保健所 表17-4 県型保健所</p>	<p>I 保健所の概要と実施体制</p> <p>図1-1 保健所類型別にみた地域分布状況 図1-2 保健所類型別の常勤職員数の分布 図1-3 保健所類型別の精神保健福祉法と障害者総合支援法の担当課</p> <p>II 精神保健福祉業務</p> <p>1. 企画調整 図2 保健所類型別にみた管内資料保有状況</p> <p>2. 普及啓発の取り組み 図3 保健所類型別地域住民への普及啓発活動 図4 保健所類型別にみた障害者本人・家族に対する支援</p> <p>図5 組織育成と団体支援</p> <p>4. 精神保健福祉相談 図6-2 保健所職員による面接相談 図6-3 精神科嘱託医による面接相談 図6-4 定期的な専門相談日の有無</p> <p>5. 訪問指導</p> <p>6. 社会復帰及び自立と社会参加への支援 図7 社会復帰及び自立と社会参加支援</p> <p>7. 措置入院関連の業務実績</p> <p>図12-1 保健所の精神科病院実地指導への関与状況 図12-2 保健所の精神科病院実地審査への関与状況</p> <p>8. 管内市区町村への協力および連携について 図13 管内市区町村との連絡調整実績 図14 市区町村から支援依頼対象となる困難事例 図15 困難事例の対応で困難を感じる理由</p> <p>III 平成25年度法改正をふまえた今後の保健所の役割と体制整備</p> <p>1 今後重要になる保健所の精神保健医療福祉業務 図16-1 今後重要な業務(全保健所) 図16-2 指定都市型保健所で今後重要な業務 図16-3 中核市型保健所で今後重要な業務 図16-4 県型保健所で今後重要な業務</p> <p>2 これからの保健所業務に必要な体制 図17-1 これから必要になる体制整備(全保健所) 図17-2 指定都市型保健所で今後必要な体制 図17-3 中核市型保健所で今後必要な体制 図17-4 県型保健所で今後必要な体制</p>
---	---

I 保健所の概要と実施体制

表1-1 保健所の地域分布

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
北海道	度数	1	2	20	23
	%	5.3%	4.3%	7.5%	7.0%
東北	度数	1	5	33	39
	%	5.3%	10.9%	12.5%	11.8%
関東北陸信越	度数	1	3	52	56
	%	5.3%	6.5%	19.6%	17.0%
首都圏	度数	5	14	23	42
	%	26.3%	30.4%	8.7%	12.7%
東海	度数	3	4	28	35
	%	15.8%	8.7%	10.6%	10.6%
近畿	度数	2	7	27	36
	%	10.5%	15.2%	10.2%	10.9%
中国四国	度数	1	6	40	47
	%	5.3%	13.0%	15.1%	14.2%
九州沖縄	度数	5	5	41	51
	%	26.3%	10.9%	15.5%	15.5%
不明	度数	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	.4%	.3%
合計	度数	19	46	265	330
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表1-2 常勤職員数

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
10名未満	度数	2	6	18	26
	%	10.5%	13.0%	6.8%	7.9%
10～19名	度数	1	1	35	37
	%	5.3%	2.2%	13.2%	11.2%
20～29名	度数	3	0	66	69
	%	15.8%	0.0%	24.9%	20.9%
30～39名	度数	0	1	48	49
	%	0.0%	2.2%	18.1%	14.8%
40～49名	度数	0	0	36	36
	%	0.0%	0.0%	13.6%	10.9%
50～59名	度数	1	1	23	25
	%	5.3%	2.2%	8.7%	7.6%
60～69名	度数	2	3	14	19
	%	10.5%	6.5%	5.3%	5.8%
70～79名	度数	0	2	6	8
	%	0.0%	4.3%	2.3%	2.4%
80～89名	度数	0	5	4	9
	%	0.0%	10.9%	1.5%	2.7%
90～99名	度数	2	6	3	11
	%	10.5%	13.0%	1.1%	3.3%
100名以上	度数	7	19	8	34
	%	36.8%	41.3%	3.0%	10.3%
不明	度数	1	2	4	7
	%	5.3%	4.3%	1.5%	2.1%
合計	度数	19	46	265	330
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表1-3 精神保健福祉法と障害者総合支援法の担当課

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
同一課で担当	度数	12	8	110	130
	%	63.2%	17.4%	41.5%	39.4%
異なる二課で担当	度数	7	34	58	99
	%	36.8%	73.9%	21.9%	30.0%
障害者総合支援法業務の担当課なし	度数	0	3	87	90
	%	0.0%	6.5%	32.8%	27.3%
不明	度数	0	1	10	11
	%	0.0%	2.2%	3.8%	3.3%
合計	度数	19	46	265	330
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表1-4 精神保健福祉業務を担当している職員数

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
医師(常勤)	平均値	0.5	0.2	0.2	0.2
	標準偏差	0.8	0.7	0.4	0.5
医師(うち精神保健が主たる業務)	平均値	0.2	0.0	0.0	0.0
	標準偏差	0.4	0.3	0.1	0.2
医師(非常勤)	平均値	4.5	0.8	0.5	0.7
	標準偏差	16.9	2.5	1.7	4.4
保健師・看護師(常勤)	平均値	9.4	14.9	3.1	5.1
	標準偏差	22.7	20.2	2.6	10.3
保健師・看護師(うち精神保健が主たる業務)	平均値	3.5	3.0	1.0	1.5
	標準偏差	6.8	8.2	1.5	3.8
保健師・看護師(非常勤)	平均値	0.8	0.6	0.0	0.2
	標準偏差	2.1	1.9	0.4	1.0
精神保健福祉士(常勤)	平均値	3.4	1.2	0.4	0.7
	標準偏差	5.2	2.2	1.0	1.9
精神保健福祉士(うち精神保健が主たる業務)	平均値	2.6	0.8	0.2	0.4
	標準偏差	5.3	1.9	0.5	1.6
精神保健福祉士(非常勤)	平均値	1.2	0.3	0.0	0.1
	標準偏差	2.2	0.7	0.2	0.7
臨床心理技術者(常勤)	平均値	0.5	0.2	0.0	0.1
	標準偏差	0.9	1.1	0.1	0.5
臨床心理技術者(うち精神保健が主たる業務)	平均値	0.4	0.0	0.0	0.0
	標準偏差	0.8	0.3	0.1	0.3
臨床心理技術者(非常勤)	平均値	0.2	0.2	0.0	0.1
	標準偏差	0.7	0.6	0.1	0.3
事務職員(常勤)	平均値	5.7	3.0	1.4	1.9
	標準偏差	7.1	9.3	4.9	5.9
事務職員(うち精神保健が主たる業務)	平均値	3.7	0.5	0.3	0.5
	標準偏差	6.8	1.2	0.6	1.9
事務職員(非常勤)	平均値	1.1	0.5	0.0	0.2
	標準偏差	3.1	2.8	0.4	1.4
そのほかの職員(常勤)	平均値	0.6	0.8	0.7	0.7
	標準偏差	1.5	5.0	3.0	3.3
そのほかの職員(うち精神保健が主たる業務)	平均値	0.6	0.1	0.1	0.1
	標準偏差	1.5	0.5	0.5	0.6
そのほかの職員(非常勤)	平均値	0.6	0.0	0.0	0.0
	標準偏差	2.1	0.1	0.1	0.5

II 精神保健福祉業務

1. 企画調整

表2 企画調整にかかる管内資料の保有状況

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
①管内住民の精神健康に関する調査結果	度数	5	19	34	58
	%	26.3%	41.3%	12.8%	17.6%
②管内の精神科病院のリスト	度数	19	45	255	319
	%	100%	97.8%	96.2%	96.7%
③管内の精神神経科診療所のリスト	度数	19	46	251	316
	%	100%	100%	94.7%	95.8%
④管内の総合支援医療(精神通院医療)利用者数	度数	18	33	223	274
	%	94.7%	71.7%	84.2%	83.0%
⑤管内の精神障害者保健福祉手帳の所持者数	度数	18	33	230	281
	%	94.7%	71.7%	86.8%	85.2%
⑥管内の総合支援法の障害福祉サービスの施設リスト	度数	19	34	217	270
	%	100%	73.9%	81.9%	81.8%
⑦管内の総合支援法の障害福祉サービスの利用精神障害	度数	16	18	37	71
	%	84.2%	39.1%	14.0%	21.5%
⑧その他、保有している重要な資料	度数	2	5	18	25
	%	10.5%	10.9%	6.8%	7.6%

2. 普及啓発の取り組み

表3 地域住民への普及啓発活動

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
①地域住民の心の健康づくりに関する知識の普及啓発の講演会	度数	13	40	144	197
	%	68.4%	87.0%	54.3%	59.7%
②精神障害に対する正しい知識の普及啓発の講演会	度数	14	41	157	212
	%	73.7%	89.1%	59.2%	64.2%
③自殺対策に関する普及啓発	度数	13	45	241	299
	%	68.4%	97.8%	90.9%	90.6%
④アルコール健康障害・薬物使用障害に関する普及啓発	度数	10	35	135	180
	%	52.6%	76.1%	50.9%	54.5%
⑤その他	度数	1	6	25	32
	%	5.3%	13.0%	9.4%	9.7%

表4 障害者本人および家族に対する支援活動

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
① 精神障害者の地域生活支援	度数	13	31	96	140
	%	68.4%	67.4%	36.2%	42.4%
② 精神障害者のピア活動	度数	6	9	59	74
	%	31.6%	19.6%	22.3%	22.4%
③ うつ病・気分障害	度数	6	17	52	75
	%	31.6%	37.0%	19.6%	22.7%
④ アルコール使用障害	度数	6	19	46	71
	%	31.6%	41.3%	17.4%	21.5%
⑤ 薬物使用障害	度数	5	5	10	20
	%	26.3%	10.9%	3.8%	6.1%
⑥ ひきこもり	度数	3	24	100	127
	%	15.8%	52.2%	37.7%	38.5%
⑦ その他	度数	2	8	36	46
	%	10.5%	17.4%	13.6%	13.9%

表5 組織育成・団体支援

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
①精神障害者の当事者団体の育成支援	度数	8	11	60	79
	%	42.1%	23.9%	22.6%	23.9%
②精神障害者家族会の育成支援	度数	13	35	164	212
	%	68.4%	76.1%	61.9%	64.2%
③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	度数	9	19	82	110
	%	47.4%	41.3%	30.9%	33.3%
④自死遺族の会の運営支援	度数	3	11	16	30
	%	15.8%	23.9%	6.0%	9.1%
⑤精神障害者の就労支援のための職親会等の育成支援	度数	6	1	13	20
	%	31.6%	2.2%	4.9%	6.1%
⑥精神保健ボランティア団体の育成支援	度数	3	20	76	99
	%	15.8%	43.5%	28.7%	30.0%
⑦その他	度数	1	4	25	30
	%	5.3%	8.7%	9.4%	9.1%

4. 精神保健福祉相談(平成25年度地域保健・健康増進事業報告より)

表6-1 精神保健福祉の相談延件数

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
精神保健福祉相談延件数	平均値	6891.0	3271.2	657.9	1381.1
	標準偏差	4236.7	2974.1	895.0	2347.1

表6-2 保健所職員による面接相談

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
定期的を実施	度数	1	8	7	16
	%	5.3%	17.4%	2.6%	4.8%
随時実施	度数	16	37	252	305
	%	84.2%	80.4%	95.1%	92.4%
実施していない	度数	2	0	2	4
	%	10.5%	0.0%	0.8%	1.2%
不明	度数	0	1	4	5
	%	0.0%	2.2%	1.5%	1.5%
合計	度数	19	46	265	330
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6-3 精神科嘱託医による面接相談

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
定期的を実施	度数	16	39	230	285
	%	84.2%	84.8%	86.8%	86.4%
随時実施	度数	1	2	21	24
	%	5.3%	4.3%	7.9%	7.3%
実施していない	度数	2	4	10	16
	%	10.5%	8.7%	3.8%	4.8%
不明	度数	0	1	4	5
	%	0.0%	2.2%	1.5%	1.5%
合計	度数	19	46	265	330
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6-4 定期的な専門相談日の有無

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
ア 精神障害地域生活支援	度数	6	13	62	81
	%	31.6%	28.3%	23.4%	24.5%
イ うつ病等の気分障害	度数	5	12	75	92
	%	26.3%	26.1%	28.3%	27.9%
ウ アルコール・薬物関連問題	度数	9	16	86	111
	%	47.4%	34.8%	32.5%	33.6%
エ ひきこもりなど児童・思春期精神保健	度数	6	16	110	132
	%	31.6%	34.8%	41.5%	40.0%
オ 認知症等高齢者精神保健	度数	8	11	67	86
	%	42.1%	23.9%	25.3%	26.1%
カ その他の専門相談	度数	1	10	32	43
	%	5.3%	21.7%	12.1%	13.0%

表6-5 平成25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

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
訪問指導延件数	平均値	1123.7	762.2	164.0	302.6
	標準偏差	1501.9	554.4	166.1	521.1

6 社会復帰及び自立と社会参加への支援

表7 社会復帰及び自立と社会参加への支援

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
(1) 保健所デイケアその他の支援	度数	8	28	50	86
	%	42.1%	60.9%	18.9%	26.1%
(2) 関係機関の紹介	度数	18	46	258	322
	%	94.7%	100.0%	97.4%	97.6%
(3) 各種社会資源の整備促進及び運営支援	度数	13	17	150	180
	%	68.4%	37.0%	56.6%	54.5%
(4) 精神障害者保健福祉手帳の普及	度数	12	23	94	129
	%	63.2%	50.0%	35.5%	39.1%
(5) 入院者の地域移行支援	度数	13	36	204	253
	%	68.4%	78.3%	77.0%	76.7%
(6) 措置入院者の退院支援	度数	15	28	212	255
	%	78.9%	60.9%	80.0%	77.3%

7 措置入院関連の業務実績

表8 措置入院関連の業務実績(数値)

条項	種類	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
第22条(一般申請)	申請・通報等の件数	平均値	0.9	0.3	0.5	0.5
		標準偏差	2.0	0.6	1.4	1.4
	措置診察(27条)実施件数	平均値	0.3	0.1	0.3	0.3
		標準偏差	0.9	0.4	1.0	0.9
	措置入院(29条)件数	平均値	0.2	0.1	0.2	0.2
		標準偏差	0.5	0.3	0.9	0.8
	措置入院(29条)件数	平均値	0.3	0.0	0.0	0.1
		標準偏差	1.4	0.0	0.2	0.4
	緊急措置入院(29条の2)件数	平均値	0.3	0.0	0.0	0.1
		標準偏差	1.4	0.0	0.2	0.4
第23条(警察官通報)	申請・通報等の件数	平均値	103.1	38.7	24.0	30.6
		標準偏差	114.3	36.6	39.8	50.2
	措置診察(27条)実施件数	平均値	25.5	9.0	9.5	10.4
		標準偏差	24.6	15.5	14.4	15.7
	措置入院(29条)件数	平均値	18.4	6.7	6.4	7.2
		標準偏差	15.9	11.9	10.1	11.1
	措置入院(29条)件数	平均値	16.3	4.0	3.0	3.9
		標準偏差	26.3	11.8	7.4	10.5
	緊急措置入院(29条の2)件数	平均値	12.8	2.8	2.2	2.9
		標準偏差	21.7	7.3	5.2	7.8
24条通報(検察官通報)	申請・通報等の件数	平均値	14.7	0.5	2.5	2.9
		標準偏差	18.2	1.3	3.6	6.1
	措置診察(27条)実施件数	平均値	5.4	0.4	1.1	1.3
		標準偏差	5.9	1.1	2.0	2.5
	措置入院(29条)件数	平均値	3.5	0.2	0.8	0.9
		標準偏差	4.5	0.8	1.4	1.8
	措置入院(29条)件数	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0
		標準偏差	0.0	0.0	0.1	0.1
	緊急措置入院(29条の2)件数	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0
		標準偏差	0.0	0.0	0.1	0.1
25条通報(保護観察所の長の通報)	申請・通報等の件数	平均値	0.3	0.1	0.3	0.2
		標準偏差	0.7	0.7	1.7	1.6
	措置診察(27条)実施件数	平均値	0.1	0.0	0.0	0.0
		標準偏差	0.2	0.0	0.1	0.1
	措置入院(29条)件数	平均値	0.1	0.0	0.0	0.0
		標準偏差	0.2	0.0	0.1	0.1
	措置入院(29条)件数	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0
		標準偏差	0.0	0.0	0.0	0.0
	緊急措置入院(29条の2)件数	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0
		標準偏差	0.0	0.0	0.0	0.0
第26条通報(矯正施設の長の通報)	申請・通報等の件数	平均値	34.2	1.7	4.5	5.8
		標準偏差	42.6	5.4	10.4	15.5
	措置診察(27条)実施件数	平均値	1.0	0.2	0.3	0.3
		標準偏差	1.9	1.2	1.0	1.1
	措置入院(29条)件数	平均値	0.8	0.1	0.2	0.2
		標準偏差	1.4	0.3	0.7	0.7
	措置入院(29条)件数	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0
		標準偏差	0.0	0.0	0.0	0.0
	緊急措置入院(29条の2)件数	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0
		標準偏差	0.0	0.0	0.1	0.1

第26条の2 (精神科病院管理者の届出)	申請・通報等の件数	平均値	0.2	0.0	0.1	0.1	
		標準偏差	0.4	0.1	0.7	0.6	
	措置診察 (27条) 実施件数	平均値	0.2	0.0	0.0	0.0	
		標準偏差	0.4	0.0	0.4	0.3	
	措置入院 (29条) 件数	平均値	0.2	0.0	0.0	0.0	
		標準偏差	0.4	0.0	0.2	0.2	
措置入院 (29条) 件数		平均値	0.0	0.0	0.0	0.0	
		標準偏差	0.0	0.0	0.2	0.2	
	緊急措置入院 (29条の2) 件数	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0	
		標準偏差	0.0	0.0	0.2	0.2	
	第26条の3 (医療観察法の地域処遇の通報)	申請・通報等の件数	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0
			標準偏差	0.0	0.1	0.2	0.2
措置診察 (27条) 実施件数		平均値	0.0	0.0	0.0	0.0	
		標準偏差	0.0	0.0	0.1	0.1	
措置入院 (29条) 件数		平均値	0.0	0.0	0.0	0.0	
		標準偏差	0.0	0.0	0.1	0.1	
措置入院 (29条) 件数		平均値	0.0	0.0	0.0	0.0	
		標準偏差	0.0	0.0	0.0	0.0	
	緊急措置入院 (29条の2) 件数	平均値	0.0	0.0	0.0	0.0	
		標準偏差	0.0	0.0	0.0	0.0	
	第27条第2項による診察	申請・通報等の件数	平均値	0.5	0.9	0.7	0.7
			標準偏差	1.8	6.3	5.4	5.4
措置診察 (27条) 実施件数		平均値	0.5	0.0	0.4	0.3	
		標準偏差	1.8	0.0	3.3	3.0	
措置入院 (29条) 件数		平均値	0.4	0.0	0.3	0.3	
		標準偏差	1.4	0.0	2.7	2.4	
措置入院 (29条) 件数		平均値	0.2	0.0	0.0	0.0	
		標準偏差	0.7	0.0	0.3	0.3	
	緊急措置入院 (29条の2) 件数	平均値	0.2	0.0	0.0	0.0	
		標準偏差	0.7	0.0	0.3	0.3	

表9-1 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
措置入院のための移送の事前調査および移送への立ち会い

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型 (N=265)	総計 (N=330)
事前調査の件数	平均値	3.8	4.2	6.6	6.1
	標準偏差	8.8	15.1	22.3	20.9
移送への立合件数	平均値	3.8	2.9	4.2	4.0
	標準偏差	8.8	11.1	9.6	9.8

表9-2 医療保護入院および応急入院のための移送の事前調査および立ち会い

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型 (N=265)	総計 (N=330)
事前調査の件数	平均値	0.7	0.2	0.6	0.6
	標準偏差	1.5	1.1	3.0	2.7
移送への立合件数	平均値	0.5	0.2	0.6	0.5
	標準偏差	1.4	0.9	3.0	2.7

表10 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件数

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型 (N=265)	総計 (N=330)
ケア会議等への参加件数	平均値	16.2	9.1	4.1	5.5
	標準偏差	27.8	8.5	6.6	9.8

表11 自立支援医療(精神通院医療)の受理件数

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型 (N=265)	総計 (N=330)
受理件数	平均値	12397.0	2851.5	870.3	1810.1
	標準偏差	13994.4	3560.0	2077.4	4821.5

精神保健福祉法に基づく精神科病院の実地指導・実地審査

表12-1 保健所の精神科病院実地指導への関与状況

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型 (N=265)	総計 (N=330)
実施している	度数	10	4	124	138
	%	52.6%	8.7%	46.8%	41.8%
参画している	度数	5	14	99	118
	%	26.3%	30.4%	37.4%	35.8%
関与していない	度数	4	28	35	67
	%	21.1%	60.9%	13.2%	20.3%
不明	度数			7	7
	%	0.0%	0.0%	2.6%	2.1%
合計	度数	19	46	265	330
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表12-2 保健所の精神科病院実地審査への関与状況

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
実施している	度数 %	10 52.6%	3 6.5%	120 45.3%	133 40.3%
参加している	度数 %	4 21.1%	8 17.4%	77 29.1%	89 27.0%
関与していない	度数 %	5 26.3%	34 73.9%	58 21.9%	97 29.4%
不明	度数 %	0 0.0%	1 2.2%	10 3.8%	11 3.3%
合計	度数 %	19 100.0%	46 100.0%	265 100.0%	330 100.0%

8.管内市区町村への協力および連携について

表13 市区町村との連絡調整実績

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
①企画調整業務(精神保健福祉の課題・業務の検討、関係会議開催等)	度数 %	7 36.8%	7 15.2%	212 80.0%	226 68.5%
②市区町村障害者計画・障害福祉計画の策定に関する協力	度数 %	6 31.6%	11 23.9%	173 65.3%	190 57.6%
③自立支援協議会への参画	度数 %	6 31.6%	11 23.9%	222 83.8%	239 72.4%
④普及啓発事業の共催	度数 %	7 36.8%	9 19.6%	185 70.0%	201 60.9%
⑤精神保健福祉相談への同席・訪問指導(緊急対応を含む)への同行	度数 %	8 42.1%	15 32.6%	255 96.2%	278 84.2%
⑥処遇に関するコンサルテーション・事例検討会への参画	度数 %	7 36.8%	15 32.6%	248 93.6%	270 81.8%
⑦職員の研修	度数 %	7 36.8%	12 26.1%	181 68.3%	200 60.6%
⑧その他	度数 %	1 5.3%	1 2.2%	5 1.9%	7 2.1%

表14 市区町村からの支援依頼対象となる困難事例

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
①医療機関受診を拒否	度数 %	9 47.4%	15 32.6%	250 94.3%	274 83.0%
②医療中断・頻回再燃	度数 %	9 47.4%	15 32.6%	245 92.5%	269 81.5%
③ひきこもり	度数 %	7 36.8%	14 30.4%	219 82.6%	240 72.7%
④大声や威嚇行為など近隣での迷惑行為	度数 %	9 47.4%	14 30.4%	236 89.1%	259 78.5%
⑤家庭内暴力	度数 %	6 31.6%	12 26.1%	187 70.6%	205 62.0%
⑥虐待問題	度数 %	6 31.6%	13 28.3%	185 69.8%	204 61.8%
⑦自傷行為・自殺未遂事例	度数 %	7 37%	15 33%	199 75%	221 67%
⑧アルコール・薬物関連等の事例	度数 %	8 42.1%	16 34.8%	219 82.6%	243 73.6%
⑨インターネット・スマホ嗜癖等の事例	度数 %	1 5.3%	6 13.0%	30 11.3%	37 11.2%
⑩認知症等の老年期精神障害関連問題	度数 %	5 26.3%	12 26.1%	178 67.2%	195 59.1%
⑦ その他	度数 %	1 5.3%	3 6.5%	30 11.3%	34 10.3%

表15 困難事例の対応で困難を感じる理由

	統計量	指定都市型 (N=19)	中核市型 (N=46)	県型(N=265)	総計(N=330)
①他の業務で多忙で余裕がない	度数 %	4 21.1%	8 17.4%	77 29.1%	89 27.0%
②保健所から遠方である(片道1時間以上かかる)	度数 %	1 5.3%	0.0%	45 17.0%	46 13.9%
③家族がいるが、本人が未治療・治療中断で医療支援を拒否している	度数 %	9 47.4%	21 45.7%	233 87.9%	263 79.7%
④同居家族がいるが、理解・協力を得られない	度数 %	10 52.6%	17 37.0%	214 80.8%	241 73.0%
⑤独居でかつ未治療・治療中断で医療支援を拒否している	度数 %	10 52.6%	22 47.8%	228 86.0%	260 78.8%
⑥職員への暴力の危険がある	度数 %	4 21.1%	9 19.6%	98 37.0%	111 33.6%
⑦パーソナリティ障害等で医療機関にかかっているが対応が困難である	度数 %	7 36.8%	20 43.5%	209 78.9%	236 71.5%
⑧新たな課題であり新規に対応方法を考える必要がある	度数 %	0.0%	2.2%	12.5%	10.3%
⑨その他	度数 %	1 5.3%	3 6.5%	30 11.3%	34 10.3%

Ⅲ 平成25年度の精神保健福祉法の改正をふまえた今後の保健所の役割と体制整備

今後重要になる保健所の精神保健医療福祉業務

表16-1 全保健所

	大変大きい	大きい	どちらとも いえない	小さい	とても小さい	不明	総計
①精神科救急医療対応	135 40.9%	126 38.2%	49 14.8%	9 2.7%	3 0.9%	8 2.4%	330 100.0%
②市区町村との役割分担や連携	146 44.2%	146 44.2%	20 6.1%	1 0.3%	0 0.0%	17 5.2%	330 100.0%
③多職種アウトリーチ支援体制	78 23.6%	166 50.3%	75 22.7%	4 1.2%	0 0.0%	7 2.1%	330 100.0%
④保健医療福祉データの活用による体制整備	58 17.6%	173 52.4%	88 26.7%	2 0.6%	2 0.6%	7 2.1%	330 100.0%
⑤困難事例の相談・訪問支援	173 52.4%	138 41.8%	14 4.2%	1 0.3%	0 0.0%	4 1.2%	330 100.0%
⑥法第34第1の規定による移送支援	41 12.4%	101 30.6%	153 46.4%	17 5.2%	9 2.7%	9 2.7%	330 100.0%
⑦法第33第1に基づく医療保護入院調整支援	38 11.5%	147 44.5%	113 34.2%	20 6.1%	3 0.9%	9 2.7%	330 100.0%
⑧自死遺族支援	39 11.8%	136 41.2%	128 38.8%	18 5.5%	5 1.5%	4 1.2%	330 100.0%
⑨自殺未遂者支援	67 20.3%	174 52.7%	76 23.0%	5 1.5%	3 0.9%	5 1.5%	330 100.0%
⑩精神保健相談・訪問支援	122 37.0%	172 52.1%	30 9.1%	1 0.3%	1 0.3%	4 1.2%	330 100.0%
⑪ひきこもり相談、訪問等支援	51 15.5%	195 59.1%	67 20.3%	11 3.3%	1 0.3%	5 1.5%	330 100.0%
⑫認知症等の老年期精神障害関連問題	21 6.4%	137 41.5%	122 37.0%	38 11.5%	6 1.8%	6 1.8%	330 100.0%
⑬アルコール・薬物関連事例への支援	62 18.8%	205 62.1%	54 16.4%	5 1.5%	0 0.0%	4 1.2%	330 100.0%
⑭インターネット・スマホ嗜癖等への支援	16 4.8%	119 36.1%	162 49.1%	20 6.1%	8 2.4%	5 1.5%	330 100.0%
⑮精神障害者の地域移行・地域定着支援	105 31.8%	172 52.1%	44 13.3%	3 0.9%	1 0.3%	5 1.5%	330 100.0%
⑯医療観察法対象者への支援	53 16.1%	185 56.1%	81 24.5%	6 1.8%	1 0.3%	4 1.2%	330 100.0%

表16-2 指定都市型保健所

	大変大きい	大きい	どちらとも いえない	小さい	とても小さい	不明	総計
①精神科救急医療対応	7 36.8%	8 42.1%	2 10.5%	0 0.0%	0 0.0%	2 10.5%	19 100.0%
②市区町村との役割分担や連携	3 15.8%	7 36.8%	4 21.1%	0 0.0%	0 0.0%	5 26.3%	19 100.0%
③多職種アウトリーチ支援体制	5 26.3%	10 52.6%	2 10.5%	0 0.0%	0 0.0%	2 10.5%	19 100.0%
④保健医療福祉データの活用による体制整備	3 15.8%	9 47.4%	6 31.6%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑤困難事例の相談・訪問支援	4 21.1%	12 63.2%	2 10.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑥法第34第1の規定による移送支援	2 10.5%	5 26.3%	9 47.4%	1 5.3%	0 0.0%	2 10.5%	19 100.0%
⑦法第33第1に基づく医療保護入院調整支援	2 10.5%	7 36.8%	7 36.8%	1 5.3%	0 0.0%	2 10.5%	19 100.0%
⑧自死遺族支援	1 5.3%	6 31.6%	9 47.4%	2 10.5%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑨自殺未遂者支援	2 10.5%	6 31.6%	10 52.6%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑩精神保健相談・訪問支援	7 36.8%	9 47.4%	2 10.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑪ひきこもり相談、訪問等支援	2 10.5%	9 47.4%	6 31.6%	0 0.0%	0 0.0%	2 10.5%	19 100.0%
⑫認知症等の老年期精神障害関連問題	1 5.3%	11 57.9%	3 15.8%	2 10.5%	0 0.0%	2 10.5%	19 100.0%
⑬アルコール・薬物関連事例への支援	3 15.8%	11 57.9%	4 21.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑭インターネット・スマホ嗜癖等への支援	0 0.0%	8 42.1%	9 47.4%	1 5.3%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑮精神障害者の地域移行・地域定着支援	6 31.6%	11 57.9%	1 5.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑯医療観察法対象者への支援	1 5.3%	13 68.4%	4 21.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%

表16-3 中核市型保健所

	大変大きい	大きい	どちらとも いえない	小さい	とても小さい	不明	総計
①精神科救急医療対応	12 26.1%	16 34.8%	12 26.1%	4 8.7%	1 2.2%	1 2.2%	46 100.0%
②市区町村との役割分担や連携	13 28.3%	19 41.3%	6 13.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 17.4%	46 100.0%
③多職種アウトリーチ支援体制	15 32.6%	23 50.0%	8 17.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%
④保健医療福祉データの活用による体制整備	6 13.0%	27 58.7%	13 28.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%
⑤困難事例の相談・訪問支援	26 56.5%	18 39.1%	2 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%
⑥法第34第1の規定による移送支援	2 4.3%	13 28.3%	23 50.0%	3 6.5%	2 4.3%	3 6.5%	46 100.0%
⑦法第33第1に基づく医療保護入院調整支援	4 8.7%	18 39.1%	18 39.1%	3 6.5%	1 2.2%	2 4.3%	46 100.0%
⑧自死遺族支援	8 17.4%	23 50.0%	15 32.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%
⑨自殺未遂者支援	18 39.1%	22 47.8%	5 10.9%	1 2.2%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%
⑩精神保健相談・訪問支援	29 63.0%	17 37.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%
⑪ひきこもり相談、訪問等支援	10 21.7%	28 60.9%	6 13.0%	2 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%
⑫認知症等の老年期精神障害関連問題	6 13.0%	19 41.3%	17 37.0%	2 4.3%	2 4.3%	0 0.0%	46 100.0%
⑬アルコール・薬物関連事例への支援	10 21.7%	31 67.4%	5 10.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%
⑭インターネット・スマホ嗜癖等への支援	5 10.9%	20 43.5%	19 41.3%	1 2.2%	1 2.2%	0 0.0%	46 100.0%
⑮精神障害者の地域移行・地域定着支援	21 45.7%	21 45.7%	4 8.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%
⑯医療観察法対象者への支援	12 26.1%	31 67.4%	3 6.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%

表16-4 県型保健所

	大変大きい	大きい	どちらとも いえない	小さい	とても小さい	不明	総計
①精神科救急医療対応	116 43.8%	102 38.5%	35 13.2%	5 1.9%	2 0.8%	5 1.9%	265 100.0%
②市区町村との役割分担や連携	130 49.1%	120 45.3%	10 3.8%	1 0.4%	0 0.0%	4 1.5%	265 100.0%
③多職種アウトリーチ支援体制	58 21.9%	133 50.2%	65 24.5%	4 1.5%	0 0.0%	5 1.9%	265 100.0%
④保健医療福祉データの活用による体制整備	49 18.5%	137 51.7%	69 26.0%	2 0.8%	2 0.8%	6 2.3%	265 100.0%
⑤困難事例の相談・訪問支援	143 54.0%	108 40.8%	10 3.8%	1 0.4%	0 0.0%	3 1.1%	265 100.0%
⑥法第34第1の規定による移送支援	37 14.0%	83 31.3%	121 45.7%	13 4.9%	7 2.6%	4 1.5%	265 100.0%
⑦法第33第1に基づく医療保護入院調整支援	32 12.1%	122 46.0%	88 33.2%	16 6.0%	2 0.8%	5 1.9%	265 100.0%
⑧自死遺族支援	30 11.3%	107 40.4%	104 39.2%	16 6.0%	5 1.9%	3 1.1%	265 100.0%
⑨自殺未遂者支援	47 18%	146 55%	61 23%	4 2%	3 1%	4 2%	265 100%
⑩精神保健相談・訪問支援	86 32.5%	146 55.1%	28 10.6%	1 0.4%	1 0.4%	3 1.1%	265 100.0%
⑪ひきこもり相談、訪問等支援	39 14.7%	158 59.6%	55 20.8%	9 3.4%	1 0.4%	3 1.1%	265 100.0%
⑫認知症等の老年期精神障害関連問題	14 5.3%	107 40.4%	102 38.5%	34 12.8%	4 1.5%	4 1.5%	265 100.0%
⑬アルコール・薬物関連事例への支援	49 18.5%	163 61.5%	45 17.0%	5 1.9%	0 0.0%	3 1.1%	265 100.0%
⑭インターネット・スマホ嗜癖等への支援	11 4.2%	91 34.3%	134 50.6%	18 6.8%	7 2.6%	4 1.5%	265 100.0%
⑮精神障害者の地域移行・地域定着支援	78 29.4%	140 52.8%	39 14.7%	3 1.1%	1 0.4%	4 1.5%	265 100.0%
⑯医療観察法対象者への支援	40 15.1%	141 53.2%	74 27.9%	6 2.3%	1 0.4%	3 1.1%	265 100.0%

(2)これからの保健所業務に必要な体制

表17-1 全保健所

	1. 大変大きい	2. 大きい	3. どちらともいえない	4. 小さい	5. とても小さい	不明	合計
①本庁主管課との連携強化	82 24.8%	183 55.5%	50 15.2%	1 0.3%	1 0.3%	13 3.9%	330 100.0%
②精神保健福祉センターとの連携強化	106 32.1%	184 55.8%	30 9.1%	4 1.2%	1 0.3%	5 1.5%	330 100.0%
③児童相談所など県機関との連携強化	62 18.8%	190 57.6%	66 20.0%	5 1.5%	0 0.0%	7 2.1%	330 100.0%
④管内市町村との連携強化	178 53.9%	116 35.2%	15 4.5%	0 0.0%	0 0.0%	21 6.4%	330 100.0%
⑤精神保健福祉相談員の増員	120 36.4%	96 29.1%	96 29.1%	7 2.1%	4 1.2%	7 2.1%	330 100.0%
⑥保健師の増員	166 50.3%	112 33.9%	45 13.6%	1 0.3%	1 0.3%	5 1.5%	330 100.0%
⑦公衆衛生医師の確保	121 36.7%	134 40.6%	68 20.6%	1 0.3%	1 0.3%	5 1.5%	330 100.0%
⑧多職種アウトリーチチームの設置	91 27.6%	143 43.3%	85 25.8%	5 1.5%	1 0.3%	5 1.5%	330 100.0%
⑨精神科医の協力	238 72.1%	85 25.8%	3 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	4 1.2%	330 100.0%
⑩措置診察医の確保	183 55.5%	90 27.3%	33 10.0%	6 1.8%	6 1.8%	12 3.6%	330 100.0%
⑪夜間・休日の精神科救急医療体制の整備	185 56.1%	98 29.7%	34 10.3%	3 0.9%	2 0.6%	8 2.4%	330 100.0%
⑫精神科病院と地域援助事業者の橋渡し	105 31.8%	162 49.1%	53 16.1%	5 1.5%	1 0.3%	4 1.2%	330 100.0%
⑬警察・消防等機関との連携・調整	142 43.0%	168 50.9%	16 4.8%	0 0.0%	0 0.0%	4 1.2%	330 100.0%
⑭ハローワーク等労働関係機関との連携・調整	42 12.7%	189 57.3%	83 25.2%	9 2.7%	3 0.9%	4 1.2%	330 100.0%
⑮所内での事例検討会等の強化	66 20.0%	192 58.2%	63 19.1%	4 1.2%	1 0.3%	4 1.2%	330 100.0%
⑯関係機関によるサービス調整会議の強化	65 19.7%	188 57.0%	65 19.7%	7 2.1%	1 0.3%	4 1.2%	330 100.0%

表17-2 指定都市型保健所

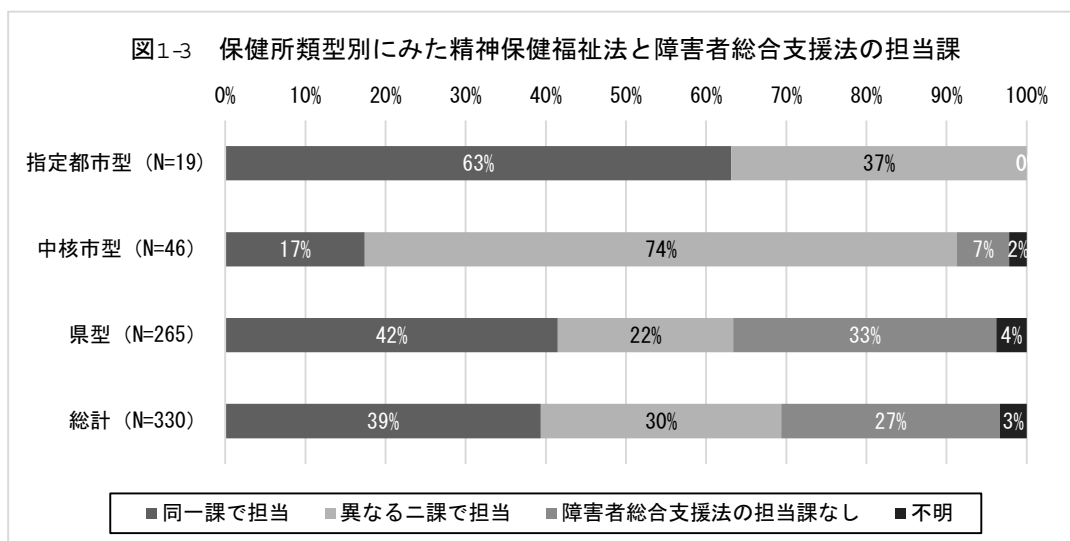
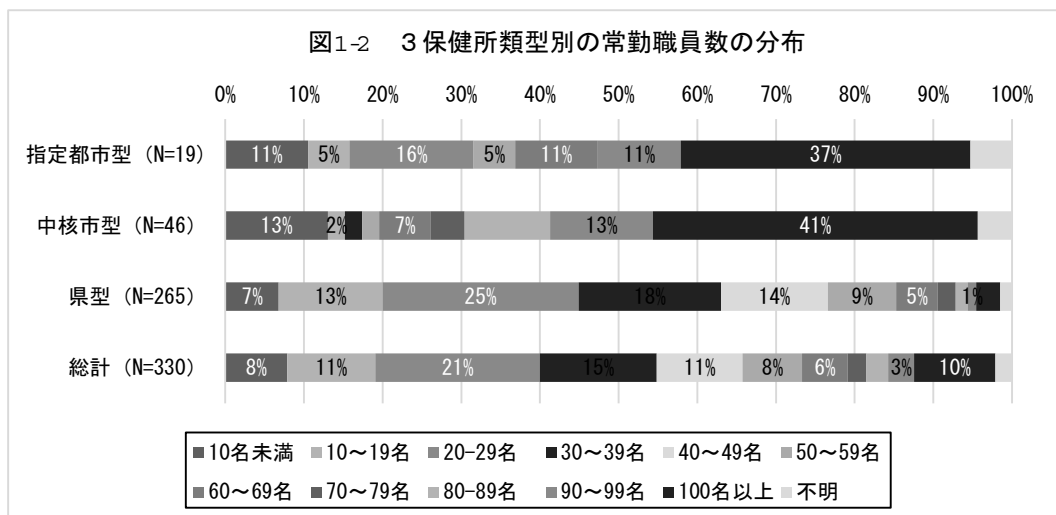
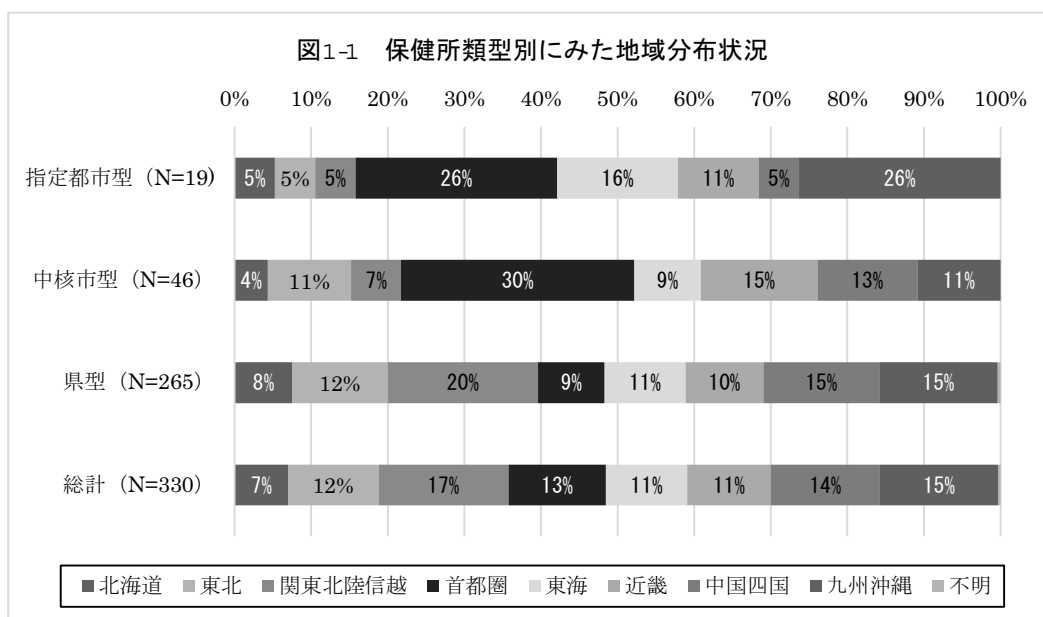
	1. 大変大きい	2. 大きい	3. どちらともいえない	4. 小さい	5. とても小さい	不明	合計
①本庁主管課との連携強化	5 26.3%	10 52.6%	1 5.3%	0 0.0%	0 0.0%	3 15.8%	19 100.0%
②精神保健福祉センターとの連携強化	8 42.1%	7 36.8%	1 5.3%	1 5.3%	0 0.0%	2 10.5%	19 100.0%
③児童相談所など県機関との連携強化	5 26.3%	8 42.1%	2 10.5%	1 5.3%	0 0.0%	3 15.8%	19 100.0%
④管内市町村との連携強化	3 15.8%	5 26.3%	5 26.3%	0 0.0%	0 0.0%	6 31.6%	19 100.0%
⑤精神保健福祉相談員の増員	6 31.6%	8 42.1%	4 21.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑥保健師の増員	5 26.3%	7 36.8%	6 31.6%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑦公衆衛生医師の確保	3 15.8%	7 36.8%	8 42.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑧多職種アウトリーチチームの設置	4 21.1%	11 57.9%	3 15.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑨精神科医の協力	10 52.6%	8 42.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑩措置診察医の確保	8 42.1%	7 36.8%	2 10.5%	1 5.3%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑪夜間・休日の精神科救急医療体制の整備	8 42.1%	7 36.8%	2 10.5%	1 5.3%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑫精神科病院と地域援助事業者の橋渡し	9 47.4%	7 36.8%	2 10.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑬警察・消防等機関との連携・調整	4 21.1%	14 73.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑭ハローワーク等労働関係機関との連携・調整	3 15.8%	9 47.4%	6 31.6%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑮所内での事例検討会等の強化	5 26.3%	7 36.8%	6 31.6%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%
⑯関係機関によるサービス調整会議の強化	2 10.5%	10 52.6%	6 31.6%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	19 100.0%

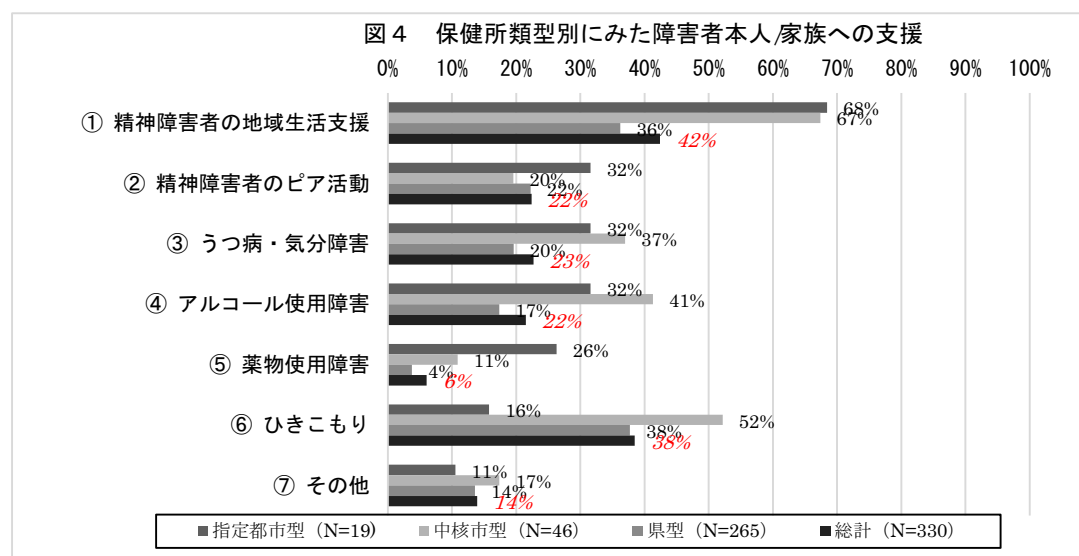
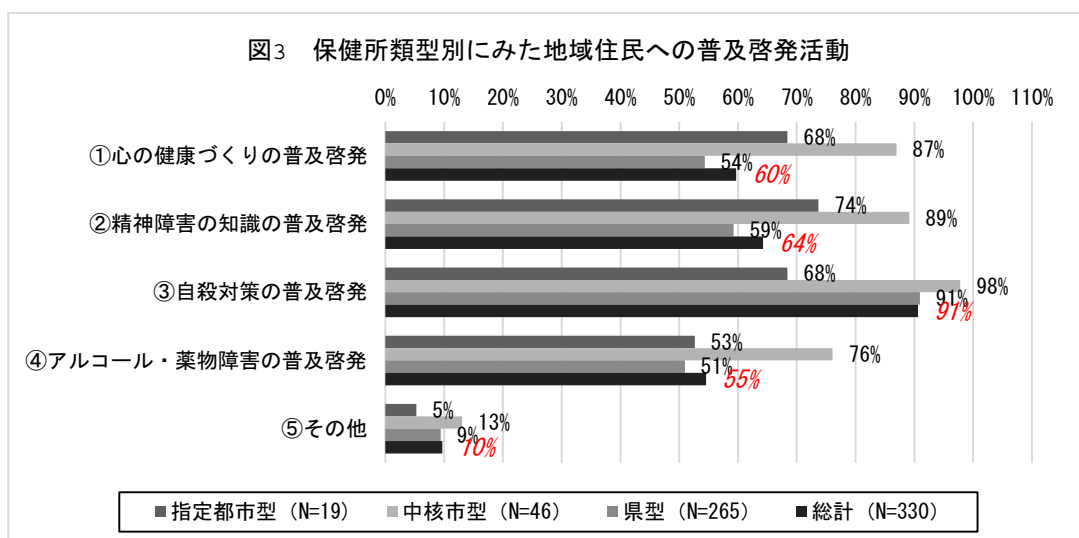
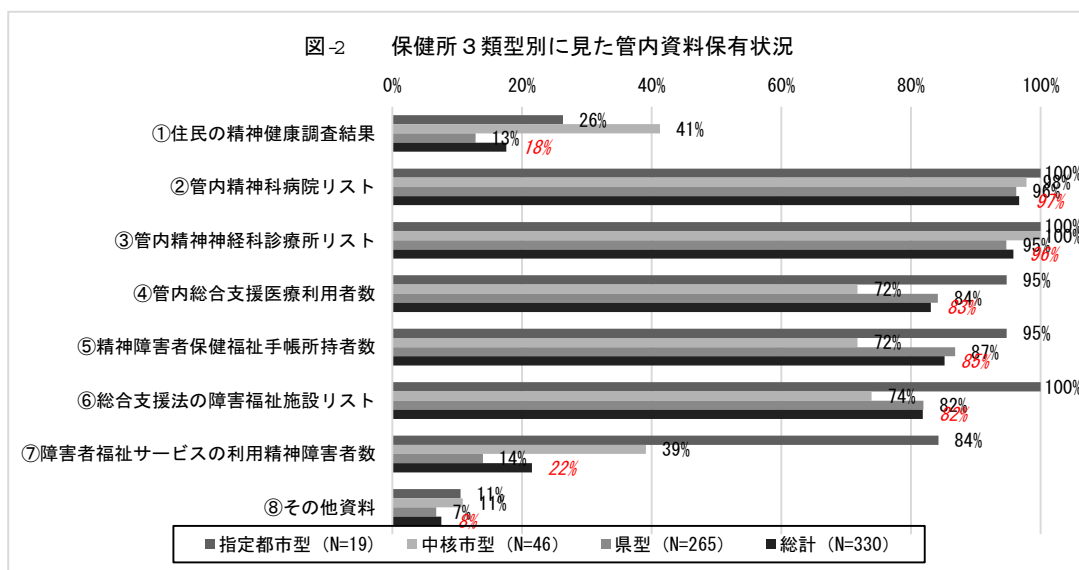
表17-3 中核市型保健所

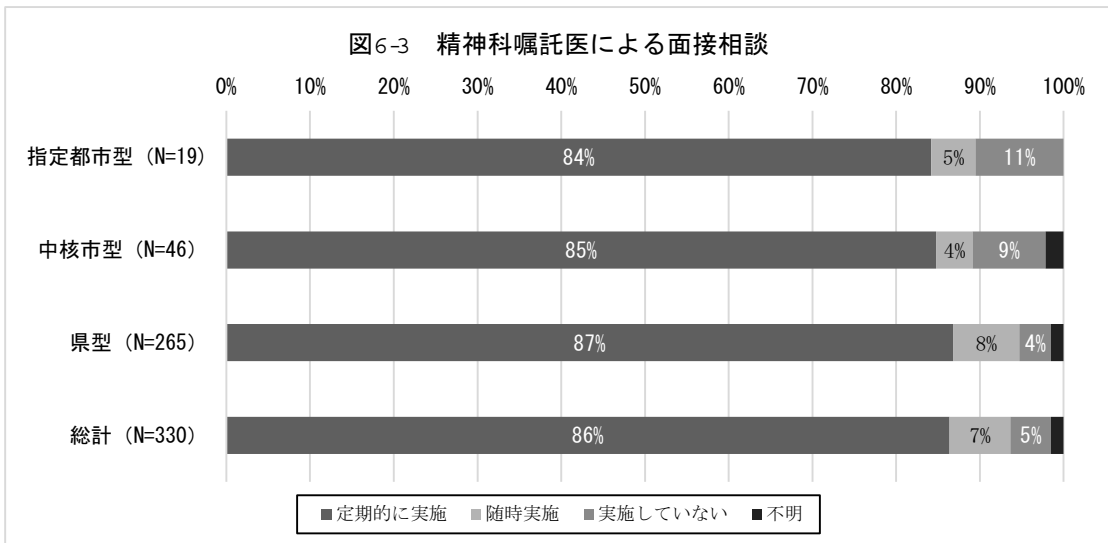
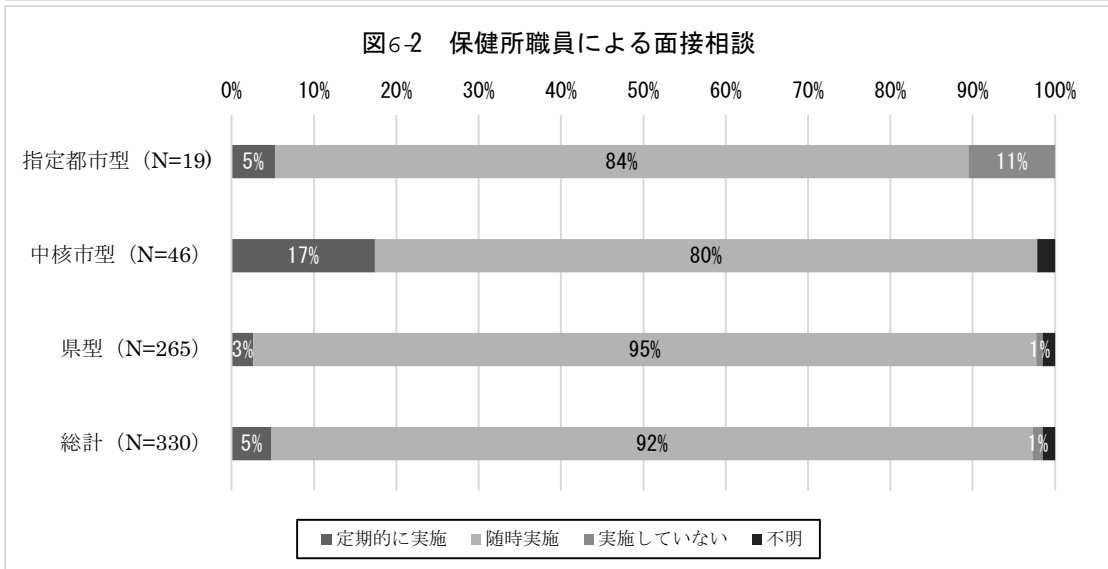
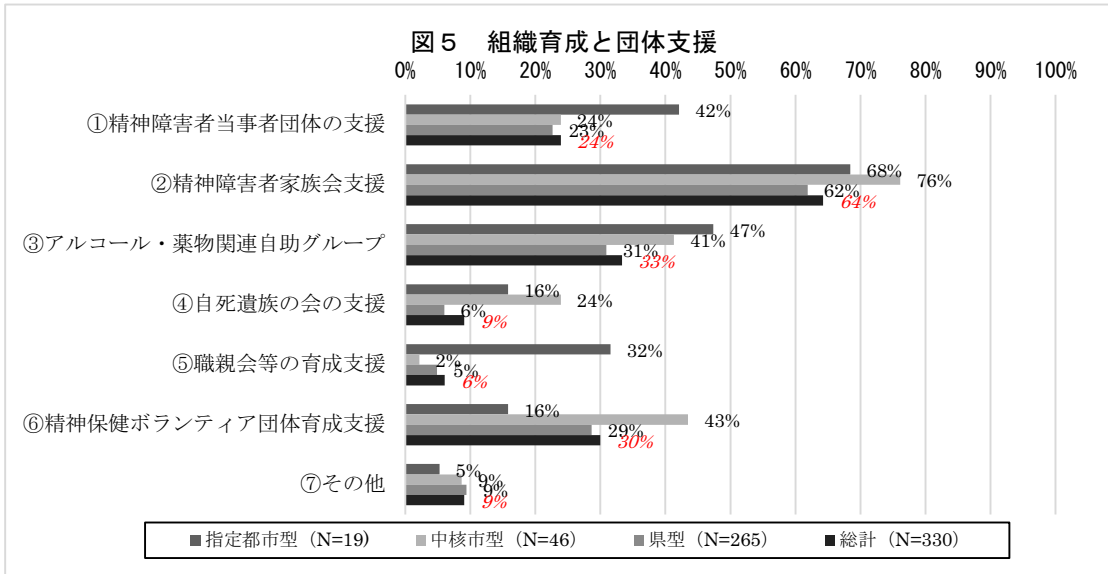
	1. 大変大きい	2. 大きい	3. どちらともいえない	4. 小さい	5. とても小さい	不明	合計
①本庁主管課との連携強化	11 23.9%	20 43.5%	7 15.2%	0 0.0%	1 2.2%	7 15.2%	46 100.0%
②精神保健福祉センターとの連携強化	18 39.1%	23 50.0%	5 10.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%
③児童相談所など県機関との連携強化	10 21.7%	25 54.3%	11 23.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%
④管内市町村との連携強化	13 28.3%	15 32.6%	6 13.0%	0 0.0%	0 0.0%	12 26.1%	46 100.0%
⑤精神保健福祉相談員の増員	16 34.8%	16 34.8%	12 26.1%	1 2.2%	0 0.0%	1 2.2%	46 100.0%
⑥保健師の増員	25 54.3%	16 34.8%	4 8.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.2%	46 100.0%
⑦公衆衛生医師の確保	21 45.7%	15 32.6%	9 19.6%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.2%	46 100.0%
⑧多職種アウトリーチチームの設置	16 34.8%	21 45.7%	9 19.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%
⑨精神科医の協力	38 82.6%	7 15.2%	1 2.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%
⑩措置診察医の確保	11 23.9%	10 21.7%	13 28.3%	2 4.3%	3 6.5%	7 15.2%	46 100.0%
⑪夜間・休日の精神科救急医療体制の整備	15 32.6%	14 30.4%	12 26.1%	1 2.2%	1 2.2%	3 6.5%	46 100.0%
⑫精神科病院と地域援助事業者の橋渡し	14 30.4%	26 56.5%	4 8.7%	1 2.2%	1 2.2%	0 0.0%	46 100.0%
⑬警察・消防等機関との連携・調整	17 37.0%	27 58.7%	2 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%
⑭ハローワーク等労働関係機関との連携・調整	7 15.2%	29 63.0%	9 19.6%	1 2.2%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%
⑮所内での事例検討会等の強化	12 26.1%	25 54.3%	8 17.4%	1 2.2%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%
⑯関係機関によるサービス調整会議の強化	11 23.9%	22 47.8%	13 28.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	46 100.0%

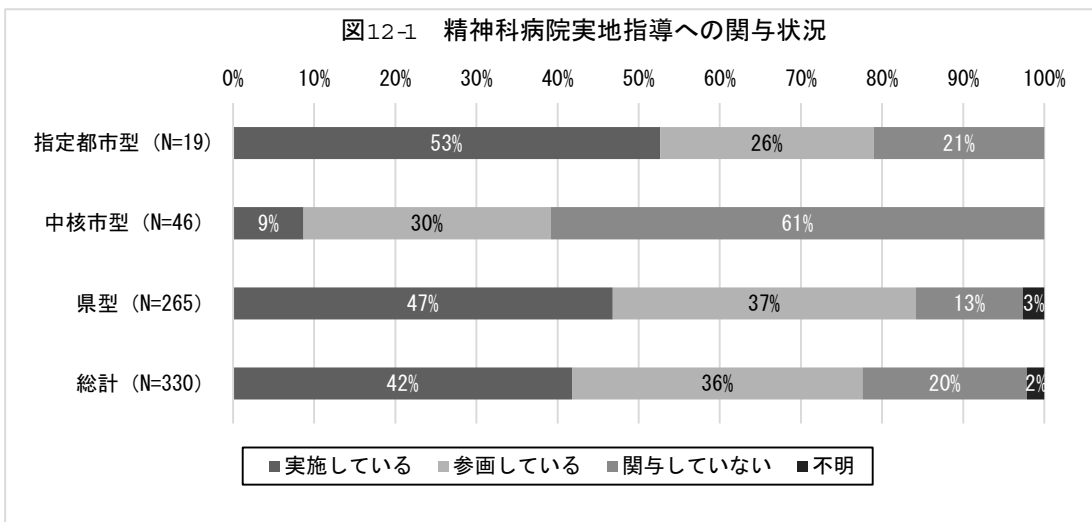
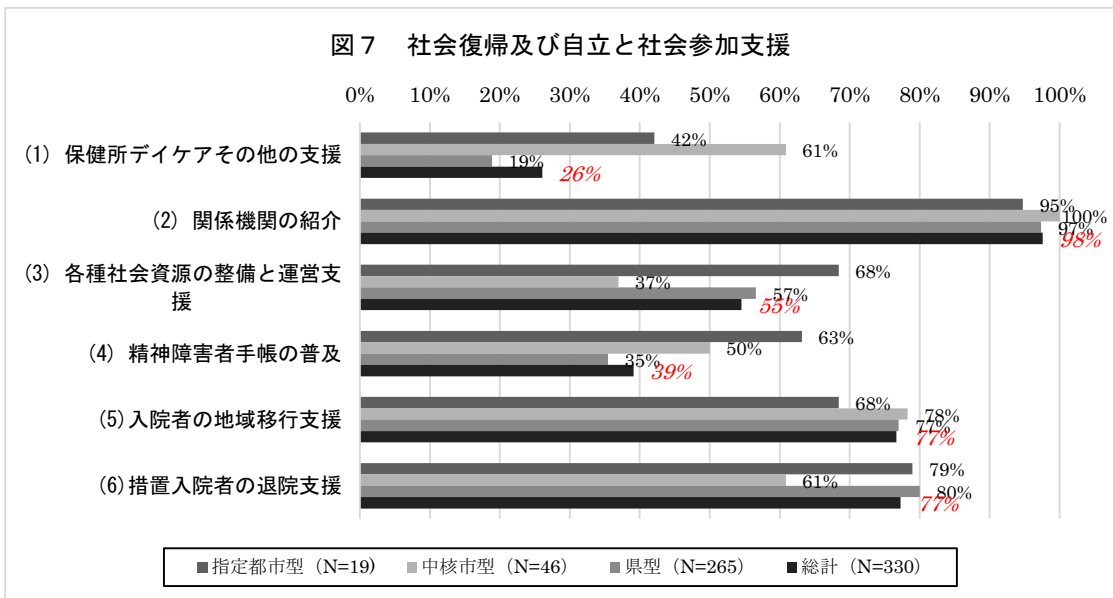
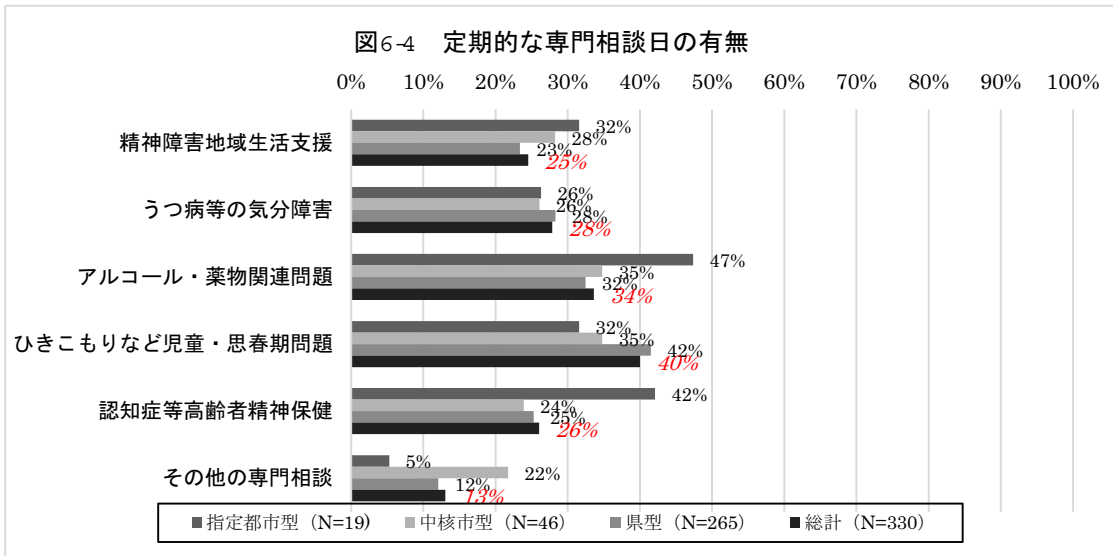
表17-4 県型保健所

	1. 大変大きい	2. 大きい	3. どちらともいえない	4. 小さい	5. とても小さい	不明	合計
①本庁主管課との連携強化	66 24.9%	153 57.7%	42 15.8%	1 0.4%	0 0.0%	3 1.1%	265 100.0%
②精神保健福祉センターとの連携強化	80 30.2%	154 58.1%	24 9.1%	3 1.1%	1 0.4%	3 1.1%	265 100.0%
③児童相談所など県機関との連携強化	47 17.7%	157 59.2%	53 20.0%	4 1.5%	0 0.0%	4 1.5%	265 100.0%
④管内市町村との連携強化	162 61.1%	96 36.2%	4 1.5%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.1%	265 100.0%
⑤精神保健福祉相談員の増員	98 37.0%	72 27.2%	80 30.2%	6 2.3%	4 1.5%	5 1.9%	265 100.0%
⑥保健師の増員	136 51.3%	89 33.6%	35 13.2%	1 0.4%	1 0.4%	3 1.1%	265 100.0%
⑦公衆衛生医師の確保	97 36.6%	112 42.3%	51 19.2%	1 0.4%	1 0.4%	3 1.1%	265 100.0%
⑧多職種アウトリーチチームの設置	71 26.8%	111 41.9%	73 27.5%	5 1.9%	1 0.4%	4 1.5%	265 100.0%
⑨精神科医の協力	190 71.7%	70 26.4%	2 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.1%	265 100.0%
⑩措置診察医の確保	164 61.9%	73 27.5%	18 6.8%	3 1.1%	3 1.1%	4 1.5%	265 100.0%
⑪夜間・休日の精神科救急医療体制の整備	162 61.1%	77 29.1%	20 7.5%	1 0.4%	1 0.4%	4 1.5%	265 100.0%
⑫精神科病院と地域援助事業者の橋渡し	82 30.9%	129 48.7%	47 17.7%	4 1.5%	0 0.0%	3 1.1%	265 100.0%
⑬警察・消防等機関との連携・調整	121 45.7%	127 47.9%	14 5.3%	0 0.0%	0 0.0%	3 1.1%	265 100.0%
⑭ハローワーク等労働関係機関との連携・調整	32 12.1%	151 57.0%	68 25.7%	8 3.0%	3 1.1%	3 1.1%	265 100.0%
⑮所内での事例検討会等の強化	49 18.5%	160 60.4%	49 18.5%	3 1.1%	1 0.4%	3 1.1%	265 100.0%
⑯関係機関によるサービス調整会議の強化	52 19.6%	156 58.9%	46 17.4%	7 2.6%	1 0.4%	3 1.1%	265 100.0%









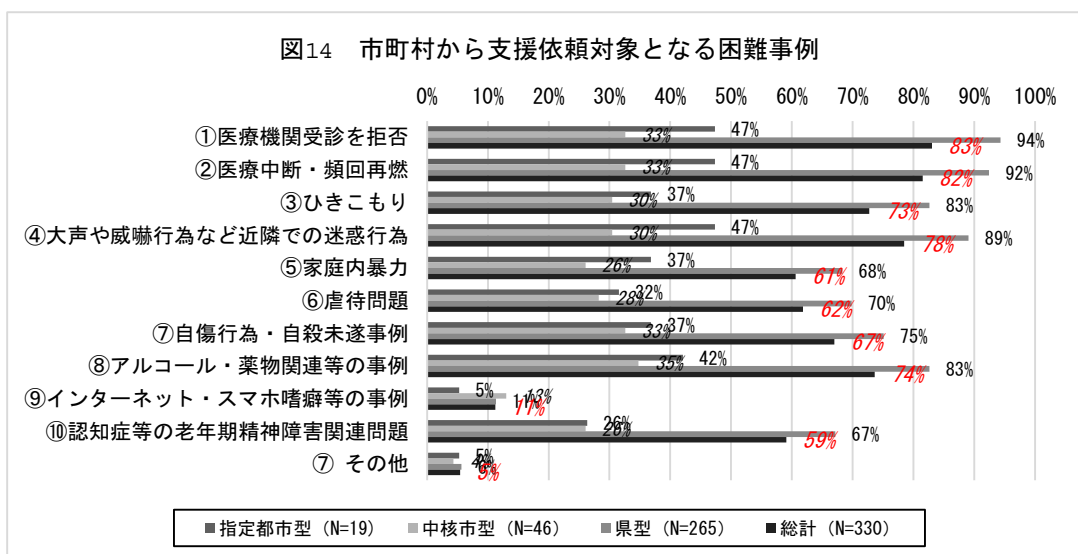
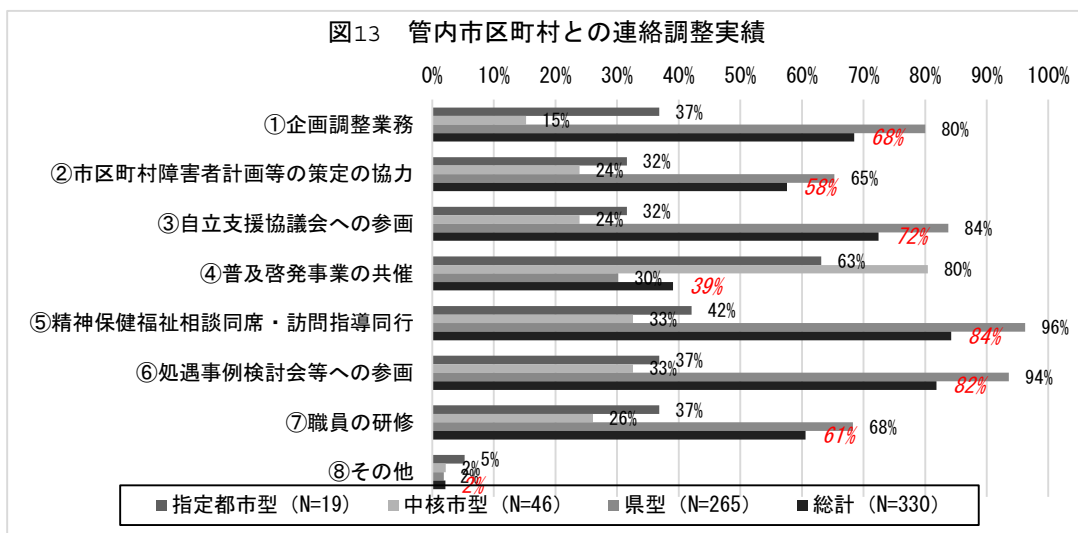
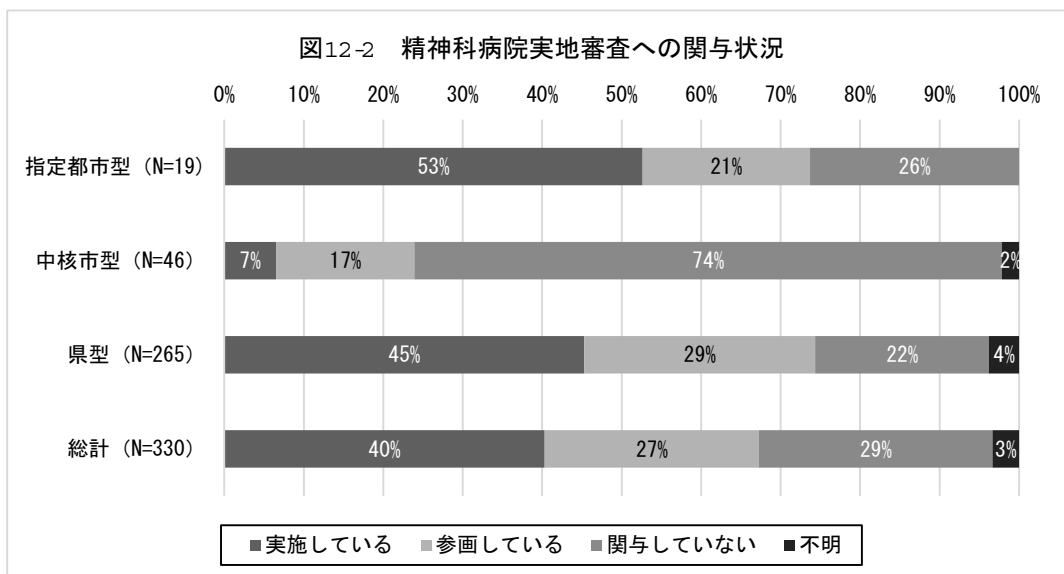


図15 困難事例の対応で困難を感じる理由

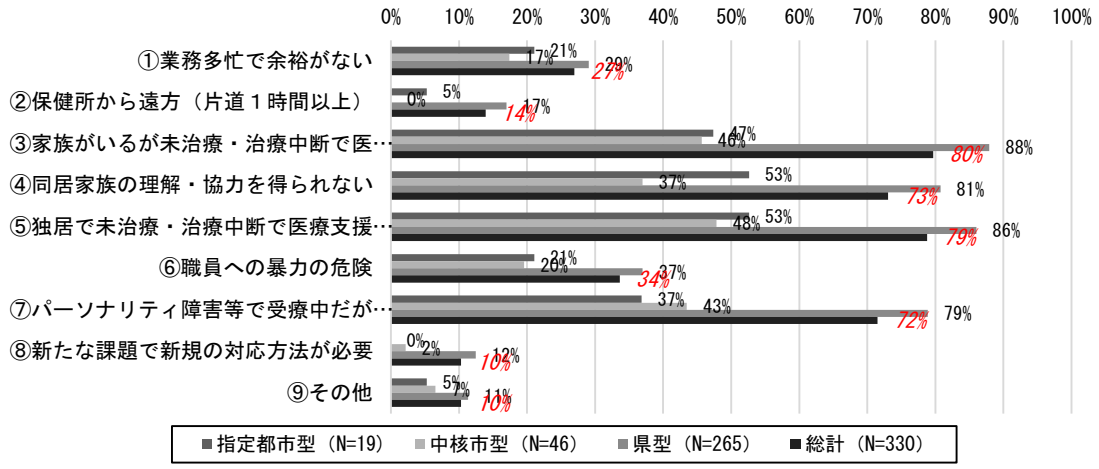


図16-1 今後重要な業務（全保健所）

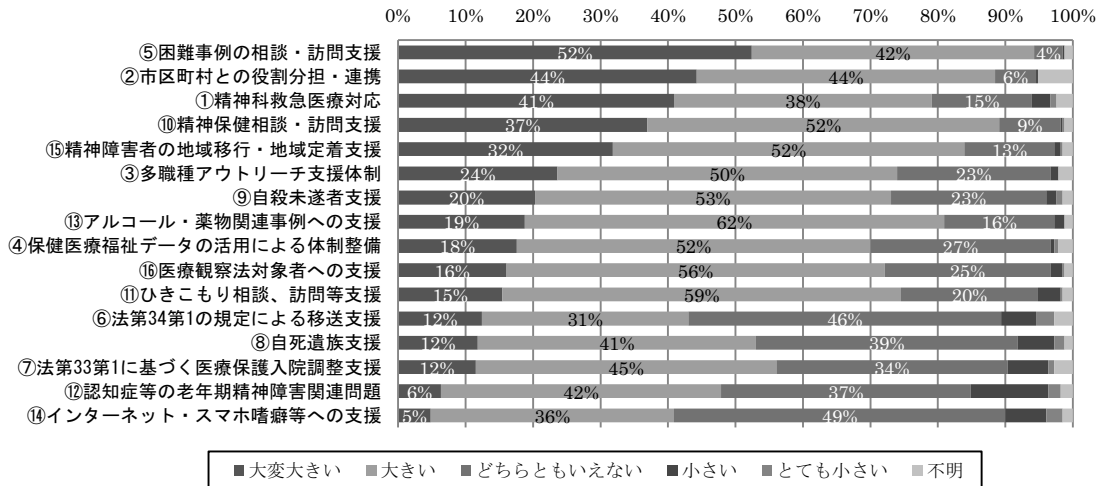


図16-2 指定都市型保健所で今後重要な業務

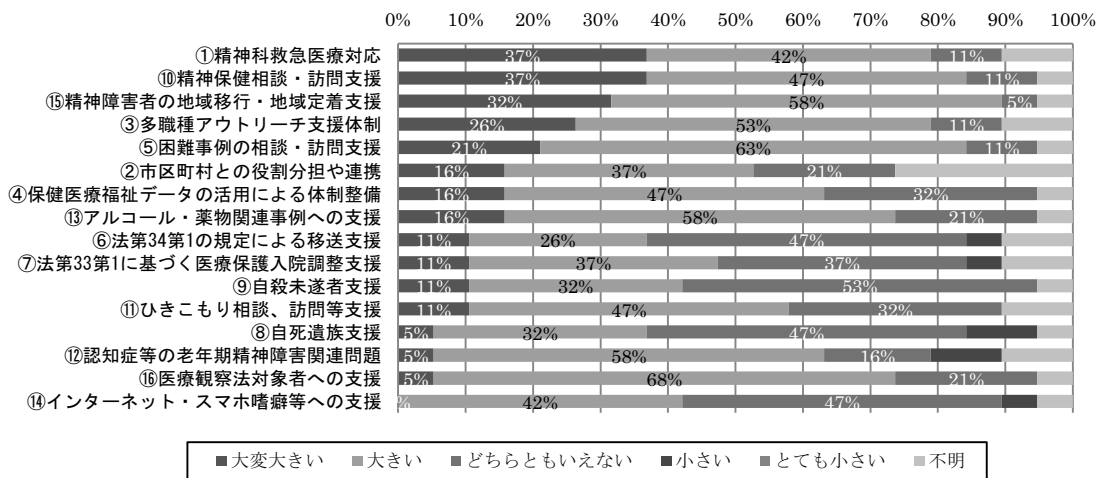


図16-3 中核型保健所で今後重要な業務

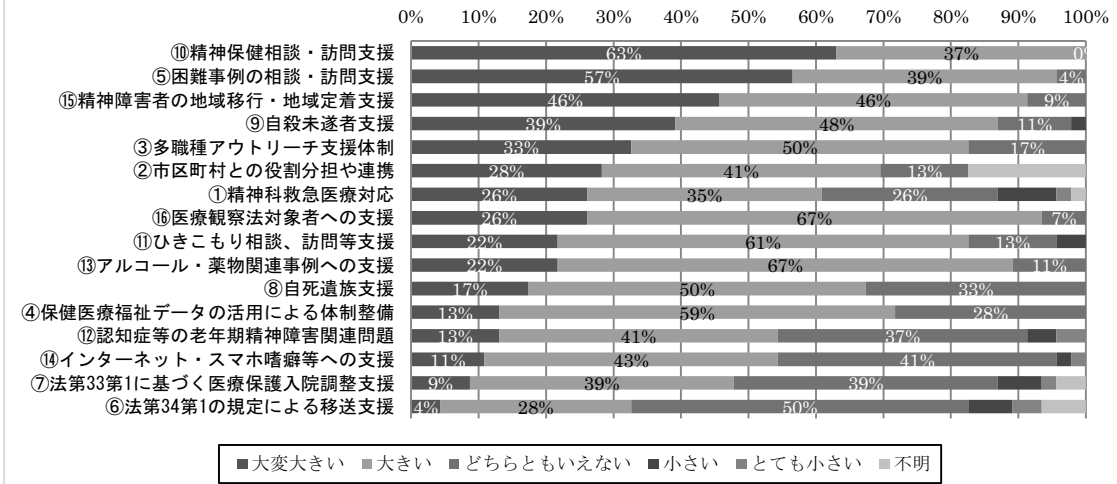


図16-4 県型保健所で今後重要な業務

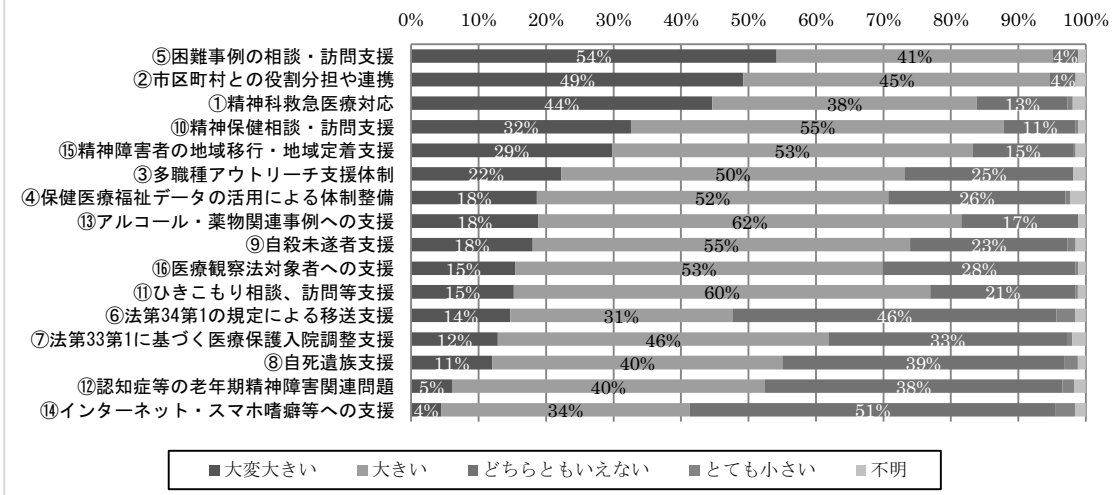


図17-1 これから必要になる体制整備（全保健所）

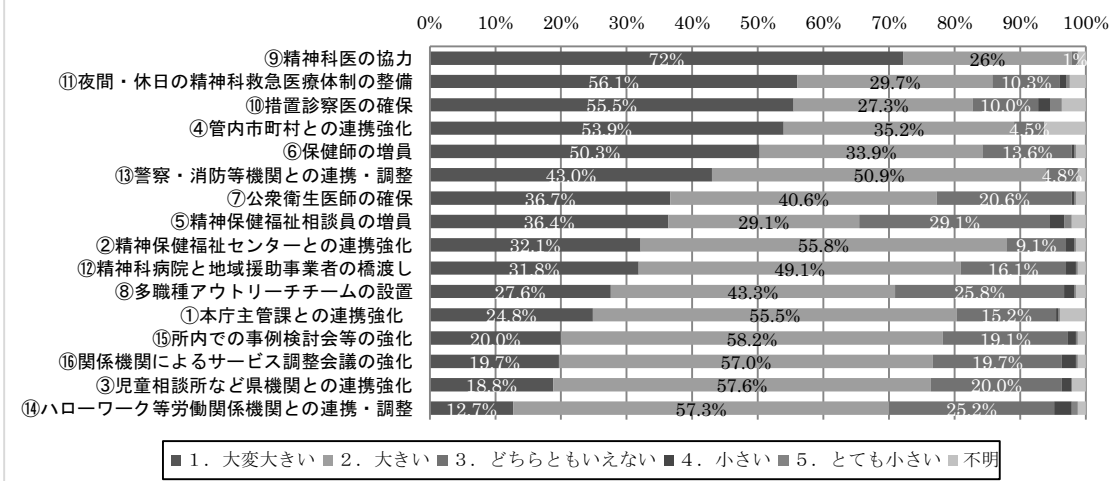


図17-2 指定都市型保健所で今後必要な体制

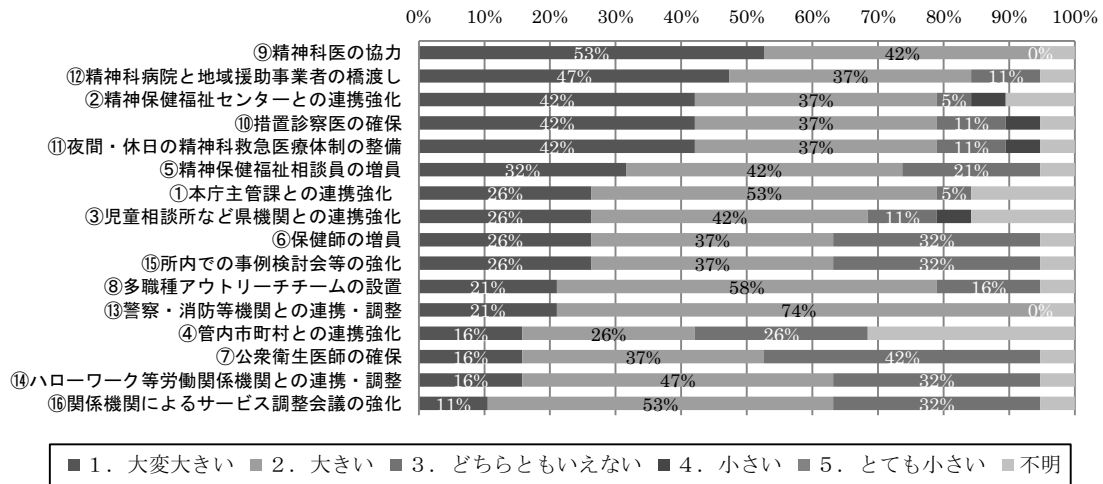


図17-3 中核市型保健所で今後必要な体制

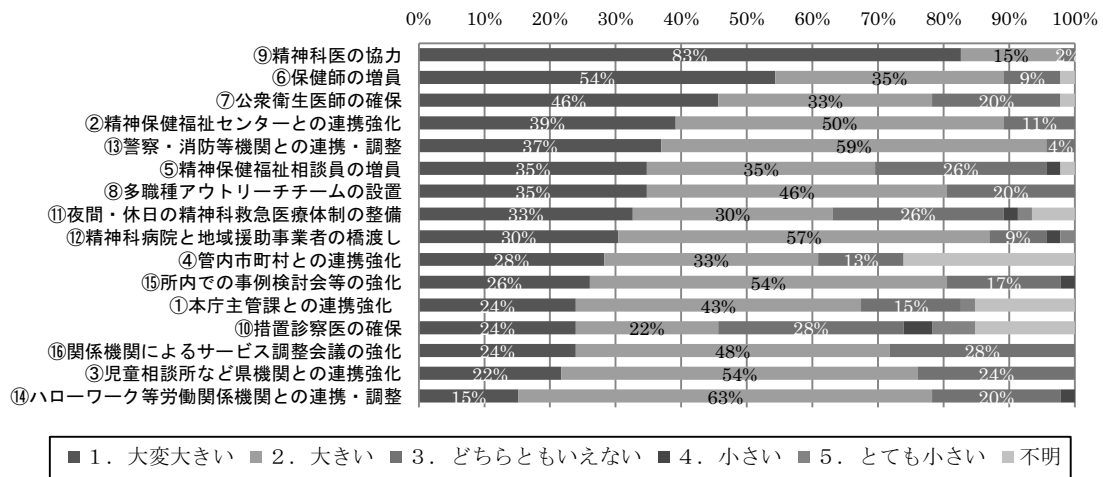
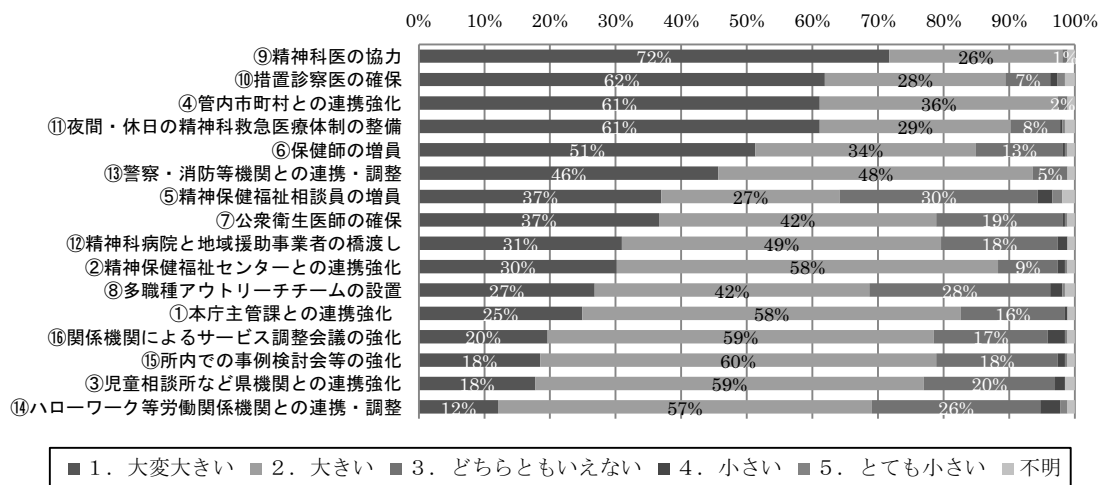


図17-4 県型保健所で今後必要な体制



第2章 市町村における精神保健及び精神障害者への 支援に関する実態調査研究報告

II 市町村における精神保健及び精神障害者への支援に関する実態調査

研究要旨：

【目的】「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（以下、「指針」という）が告示され、入院中心の精神科医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神科医療への改革の実現について、国や地方公共団体（精神保健福祉センターや保健所及び市町村）が担うべき役割も示された。このため本調査では、行政における地域精神保健福祉活動の実態及び課題を把握するとともに、指針を踏まえ「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」改訂に向けた基礎資料を作成することを目的とする。

【方法】本調査では、先行調査を実施し質問項目を設定した。平成26年12月に、全国市町村を都道府県別に層化した上で無作為抽出（1/2抽出）の郵送調査を行った。調査結果は、市町村の人口規模別及び自治体区分別に解析を行い、市町村の精神保健及び精神障害者福祉業務の実態を把握するとともに課題を抽出した。

【結果及び考察】市町村調査の結果、障害福祉所管課では、障害者総合支援法により障害者相談支援事業の枠組みで民間委託型相談支援体制が整備されている。民間事業者による障害福祉サービス提供は、人口規模に比例し不足しており、量的整備の意向は自治体規模に比例することが明らかになった。一方、保健衛生所管課では、多様化するメンタルヘルスニーズや受診受療の対応など精神保健福祉法上で努力義務である精神保健相談が、既にほとんどの市町村で実施されていることがわかった。また、普及啓発事業、自殺対策事業、団体支援等は概ね実施されている反面、ひきこもりや発達障害、薬物依存症対策については、人口規模が小さい市町村で事業実績が少なく、自治体間に格差があることが示唆された。今後、適正な医療体制整備、人材育成等は都道府県が担い、精神保健相談等の対人支援、普及啓発、自殺対策、地域移行等は政令指定都市、中核市、その他市町村など規模毎の特性を踏まえ業務を再編する必要があると考えられた。

【結論】市町村は地域保健の第1線機関であり、重層的な精神保健システムのうち対人精神保健業務の実施主体と位置づける必要がある。「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂にあたり、都道府県型保健所と市町村の業務について機能分化し再編するとともに、政令指定都市・中核市における精神保健福祉業務に関する業務運営要領を定める必要がある。

A. 目的

全国市町村行政における地域精神保健福祉活動の実態及び課題を把握するとともに、指針を踏まえた「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」改訂にむけた基礎資料を作成することを目的とした。

B. 研究方法

1 対象

全国市町村（平成26年12月31日時点）

2 先行調査

1) 自治体ヒアリング	上尾市（埼玉県）
2) プレ調査	所沢市（埼玉県）

3 調査方法

郵送による質問紙調査

4 対象市町村数（調査票配布数）

調査票配布数（市町村）		780 件
内訳	政令市	8 件
	中核市	43 件
	特別区	23 件
	その他の市町村	706 件

5 調査期間

平成26年12月1日～平成27年1月31日

6 有効回答数及び回答率

有効回答数	198 件
回答率	25.4 %

7 手続き

抽出対象市町村は、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、都道府県ごとに層化し、市（政令指定都市、中核市、市）特別区、町、村それぞれ無作為に1/2を抽出した。

調査票配布先市町村には、協力依頼状、調査票、返信用封筒を送付し回答を求めた。

8 調査項目

平成23年度に実施された「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」総括研究報告を先行研究とし、先行調査（自治体ヒアリング、プレ調査）を踏まえ検討委員会により、以下の4つの柱を定め調査項目を設定した。

【調査項目の骨子】

- (1) 所管課及び人員体制
- (2) 精神障害者の福祉に関する支援
- (3) 精神保健事業
- (4) 福祉・保健共通事項

以下、各設問について解説する。

(1) 所管課及び人員体制

各自治体内の業務分担について障害福祉所管課・保健衛生所管課・その他の3分類とし、併せて職種について尋ねた。また各項目ごとに常勤・専従、非常勤の配置数について尋ねた。併せて、精神保健福祉法第48条精神保健福祉相談員任命者数を尋ねた。

(2) 精神障害者の福祉に関する支援

1及び2では相談支援事業及び障害者就労支援事業、障害者虐待防止センター事業に関する実施体制について市直営・委託・併用の3種とし選択式で尋ねた。

3では福祉行政報告例における実績につい

て延件数を尋ねた。

4では管内の相談支援事業所の相談支援実績（相談、訪問、同行訪問）の延件数を尋ねた。

5では福祉相談に関する相談内容について、社会復帰・生活支援、就労支援、虐待通報・相談ごとに、それぞれの要素について選択式で回答を求めた。

6では精神障害者の地域生活支援に有効となる主な障害福祉サービス提供事業の提供体制確保に関して自治体の今後の方針について、選択肢を設け尋ねた。

7では市町村長同意（精神保健福祉法第33条第3項）件数、対象疾患別件数と対応状況について尋ねた。また、非自発的入院者への処遇として医療調整、診察の同席、退院調整、退院支援委員会への参加、権利擁護、退院請求権の行使等について、平成25年度及び平成26年4月1日から9月30日までの実績で尋ねた。

8では心神喪失等の状態で重大な他害行為を行ったものの医療及び観察等に関する法律に関して、平成25年度対象者実件数、平成26年4月1日から9月30日までの対象者実件数を尋ねた。

(3) 精神保健事業

1では地域保健・健康増進事業報告による精神保健福祉相談・訪問の延件数を尋ねた。

2では精神保健相談に関して平成25年度の実績を尋ねた。項目は以下①から⑨のとおりとした。

【項目】

- ① 受診勧奨・受診援助
- ② 退院支援
- ③ 認知症者への支援
- ④ ひきこもり
- ⑤ 不登校
- ⑥ 発達障害
- ⑦ アルコール健康障害関連問題・依存症者支援
- ⑧ 薬物関連問題・薬物依存症者支援
- ⑨ ギャンブル関連問題・依存症者支援

3では普及啓発事業について平成25年度実績と平成26年度（予定）の取り組み状況を尋ねた。項目は以下の①から⑦のとおりとした。

【項目】

- ① 心の健康づくり
- ② 精神障害の正しい理解（統合失調症）
- ③ 精神障害の正しい理解（気分障害）
- ④ 発達障害の正しい理解
- ⑤ 自殺対策
- ⑥ アルコール健康障害対策
- ⑦ その他

4では家族支援について疾患別の実施状況を尋ねた。項目は次の①から⑧のとおりとした。

【項目】

- ① 統合失調症
- ② 気分障害（うつ病等）
- ③ アルコール健康障害（依存症）
- ④ 薬物使用障害
- ⑤ 社会的ひきこもり
- ⑥ 児童・思春期
- ⑦ 自死遺族
- ⑧ その他

5では当事者支援について、健康教育や集団健康指導の実績について尋ねた。項目は次の①から⑩のとおりとした。

【項目】

- ① 精神障害者の社会参加のためのグループ支援
- ② ピアサポート・ピアカウンセリング事業の立ち上げ支援
- ③ ピアサポート・ピアカウンセリング団体支援
- ④ うつ病者のグループ支援
- ⑤ うつ病リワーク支援
- ⑥ アルコール健康障害に関する健康教育・集団指導
- ⑦ アルコール依存症患者回復支援
- ⑧ 薬物使用障害に関する健康教育・集団指導
- ⑨ 薬物使用障害者の回復支援
- ⑩ ひきこもり当事者のグループ活動

6では組織育成について、対象別に平成25年度実績と平成26年度（予定）を尋ねた。項目は次の①から⑥のとおりとした。

【項目】

- ① 精神障害当事者団体の育成・支援
- ② 家族会の育成・支援
- ③ アディクション関連自助グループの育成・支援
- ④ 精神障害就労支援のための職親会等の支援
- ⑤ 精神保健ボランティア団体の育成
- ⑥ 心の健康推進員・ゲートキーパーの育成・支援

（4）福祉・保健共通事項

1では行政内で保健・障害福祉所管以外で精神保健福祉関連業務を実施する部署の有無とある場合の配置職種について尋ねた。項目は以下①から⑨のとおりとした。

【項目】

- ① 企画調整
- ② 福祉総務
- ③ 生活保護・自立支援
- ④ 児童福祉
- ⑤ 高齢・介護保険
- ⑥ 国民健康保険・後期高齢者医療保険
- ⑦ DV
- ⑧ 教育部局
- ⑨ その他

2では精神保健福祉所管課以外の部署が把握した事例への対応について、対応方法を選択式で尋ねた。

3では市町村と保健所の業務連携状況について平成26年4月1日から9月30日の間、以下の業務内容ごとに実績を尋ねた。回答は連携の有無と、ある場合の頻度を尋ねた。項目は以下の①から⑨のとおりとした。

【項目】

- ① 企画調整業務
- ② 障害者計画・障害福祉計画策定
- ③ 障害者総合支援法における協議会
- ④ 普及啓発

- ⑤ 自殺対策
- ⑥ 精神保健相談の同席・訪問同行
- ⑦ 処遇へのコンサルテーション・事例検討会への参加
- ⑧ 市町村や事業所職員研修
- ⑨ その他

4では精神保健福祉相談に関する対応の困難さについて以下を尋ねた。

- (1) 「対応できる」「困難だが対応できる」「対応に苦慮している」「対応困難」の選択肢から一つを選び回答を求めた。
- (2) 対応困難な個別相談の相談内容について選択肢から回答を求めた。
- (3) 困難事例の対応に関する要因について選択肢から回答を求めた。
- (4) 対応困難についてどのような体制を整備すれば軽減できるか、選択肢から回答を求めた。

5では今後の市町村における精神保健福祉業務推進体制について以下を尋ねた。

- (1) 精神保健福祉業務の推進について、選択肢から回答を求めた。
- (2) 市町村精神保健福祉業務を推進することが困難な理由について、選択肢から回答を求めた（複数回答）。
- (3) 市町村で精神保健業務を推進するために有効と考えられる具体策について選択肢から3つ選び回答を求めた。

6では平成25年に示された『良質かつ適切な精神障害者に対する医療提供を確保するための指針』が示されたことについて以下を尋ねた。

- (1) 今後の市町村行政における精神保健業務の重要性について事業項目ごとに、「とても大きい」「大きい」「どちらとも言えない」「小さい」「とても小さい」の5つから該当箇所を選択し回答を求めた。
- (2) 今後の都道府県と市町村の役割分担について体系・事業ごとに主たる実施機関と考える機関を選択し回答を求めた。選択肢は、都道府県等と市町村とした。

C. 解析方法

データクリーニングの段階で、無回答が多数見受けられた。複数の市町村へ問い合わせ確認を行い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。

本調査の解析にあたっては人口「10万人未満」「10万人以上30万人未満」「30万人以上」に分けるとともに、自治体区分「政令指定都市」「政令指定都市以外」「特別区」「その他の市町村」に分けて対応をすることとした。なお、人口は、回答者欄のチェックを下に、住民基本台帳に基づく人口、人口動態、世帯数（平成26年3月31日現在）のデータを活用した。各項目の割合または平均値を算出した。解析にはIBM SPSS Statistics Version22を用いた。

D. 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、調査協力依頼状に、調査目的等を記載した。また、調査の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、調査票の回答・返送を持って、対象者が調査に同意したものとみなした。

E. 結果

本報告では市町村規模別に集計結果を焦点化した。主な設問について概要を報告する。本調査は、198市町村からの回答であり、全解答例について解析対象とした。

有効回答率は25.4%となることから、各データの信用性は限定的なものと解し、あくまで市町村の業務実態について傾向として把握した。詳細は資料を参照いただきたい。

(1) 精神保健及び精神障害者の福祉に関する業務の人員体制について

問1 人員体制

本調査における人員配置

198市町村の常勤者は2,057人、うち精神保健福祉業務専従者382人（18.5%）、精神保健福祉相談員任命者数40人（専従者に占める相

談員構成比10.5%)であった。

精神保健福祉業務専従者の職種構成は、医師(12.8%)、保健師・看護師(28.5%)、精神保健福祉士(28.5%)、社会福祉士(1.8%)、臨床心理技術者(2.4%)、事務職(24.6%)、その他(1.3%)となっている。うち、精神保健福祉相談員任命者の職種別の割合は、医師が2.5%、保健師が37.5%、精神保健福祉士が27.5%、社会福祉士が12.5%、臨床心理技術者が5.0%、事務職が15.0%となっている。精神保健福祉専従者の配置先は、障害福祉所管課が44.0%、保健衛生所管課が48.4%、その他が14.9%であり、常勤配置のうち専従の保健師・看護師の配置先は、障害福祉所管課が31.2%、保健衛生所管課が66.0%、その他が0.3%となり、専従の精神保健福祉士の配置先は障害福祉所管課が44.9%、保健衛生所管課が48.6%、その他が6.4%となっている。

(2) 精神障害者の福祉に関する支援について

問2-1 精神障害者の福祉相談の実施体制

精神保健福祉業務に関する所管課については、全体的には自治体規模により違いがある。障害福祉所管課が63.4%、保健衛生所管課が21.9%、障害・保健所管課が36.5%となっている。

10万人以上から30万人未満の自治体では約66.7%が障害・保健所管課、10万人未満の自治体では、71.9%が障害福祉所管課で相談を実施している。政令指定都市や中核市は保健所機能があり専門職により精神保健・福祉を一体的に支援できるが、10万人未満の市町村の多くは、障害者相談支援の枠組みで精神障害者の福祉相談が進められている。

問2-5 福祉相談の内容

10万人未満の市町村では、制度利用支援(84.8%)や計画相談(56.3%)が中心となるとともに、障害年金申請相談(56.3%)が多い。セルフケアプラン作成支援(14.3%)、地域相談申請支援(17.9%)、居住支援申請支援(21.4%)、成年後見利用支援(21.4%)

は少ない。また10万人以上30万人未満では、制度利用支援(97.2%)、障害年金申請相談(72.2%)、計画相談支援(63.3%)、成年後見利用支援(61.1%)となっており、セルフケアプラン作成支援は25.0%と他の相談業務に比べ低い。

30万人以上の特別区、政令指定都市、政令指定都市ともに同じ傾向となっており、制度利用支援、障害年金申請に次いで成年後見制度利用支援、セルフケアプラン作成支援の実施率が高い。政令指定都市、特別区を除く30万人以上では計画相談支援が41.7%と低くなっている。

成年後見制度利用支援の割合が他に比べ高くなっている。また、いずれの自治体も相談支援事業所への助言・調整が多くなっている。

問2-6 サービス提供体制

「障害福祉サービス提供体制が不足しているため量的整備をすすめる」については、自治体規模に比例し、特別区が80.0%、政令指定都市41.7%、30万人以上が38.5%となっている。10万人以上30万人未満は36.1%、10万人未満では51.1%「ニーズと提供量が合致しているとし、量的整備は16.0%となった。

「ニーズに対してサービス提供体制が不足しているが財源の問題があるため量的整備ができない」としている自治体は全体で10.8%(財政規模が小さな10万人未満の自治体でも6.1%)と極めて少なくなっている。

「ニーズに対してサービス提供体制が不足しているが事業者がなく量的整備ができない」は、全体で26.3%、特定相談が26.0%、一般相談が17.7%となっている。共同生活援助が34.3%、訪問介護が20.2%、日中活動系のうち自立訓練・就労継続B型事業所が24.2%、就労移行・就労継続A型事業所が31.3%となっている。いずれも人口規模が小さくなるほど割合が高くなっている。

問2-7 市区町村長同意した事例への関与

「入院時の診察への同席」について、10万

人未満が52.0%、30万人以上の自治体のうち政令指定都市が100%、政令指定都市が50.0%、特別区が75.0%と高い。

「1ヶ月以内の病状調査」について、10万人未満が20.0%、30万人以上で政令指定都市の自治体が33.3%と低くなった。他に、10万人から30万人未満では、入院時の診察の同席が26.7%と低く、1ヶ月以内の病状調査が60.0%と多かった。

「3ヶ月以内の面会及び退院後生活環境相談員との調整」は、30万人以上特別区と政令指定都市が高く、ほかは概ね半数が実施している。(10万人未満48.0%、10万人以上30万人未満53.3%、政令指定都市50.0%)

「退院支援委員会への参加」は特別区が75.0%、次いで30万人以上政令指定都市50.0%と進められている。が30万人以上政令指定都市では16.7%と低くなっている。

「財産上の権利の保護」については、特別区を除く30万人以上の自治体で実施されていない。10万人以上30万人未満が20.0%、10万人未満が8.0%となっている。

問2-8 医療観察法の保護者としての関与

関与件数は、自治体の人口規模に比例している。

(3) 精神保健事業について

問3-2① 精神保健相談

受診勧奨・受療援助については、人口30万人以上の自治体では、受診前家族相談、訪問支援、医療調整がすべての自治体で行われている。人口規模にかかわらず同じ傾向で実施されている。10万人未満の自治体では、受診前家族相談が73.0%、訪問支援が83.8%、医療調整が59.5%、受診同行が49.5%、診察への同席が45.0%となっている。

問3-2② 退院支援

30万人以上のすべての自治体は『入院中の関与』をしている。また障害福祉サービス利用調整の他、特別区と政令指定都市では就労

支援機関との連携、一般相談事業所や退院後生活環境相談員との連携がそれぞれ80.0%であった。10万人未満の市町村は、退院後生活環境相談員との連携が14.9%、居住支援が12.6%と低迷している。

10万人から30万人未満で退院支援委員会・退院後生活環境相談員との連携が低くなったが、精神保健福祉相談員の任命のある自治体は、その配置がない自治体に比べ高い割合で関与していることが伺えた。

問3-2③ 認知症者の支援

大半の自治体では高齢者福祉所管課と地域包括センターが所管しているが、30万人以上の自治体では、精神保健福祉担当者が所管している自治体が70.0%あった。10万人未満の市町村では73.0%が直営で実施している。10万人から30万人で76.0%、30万人以上で86.0%が委託による運営である。

問3-2④ ひきこもりの支援

10万人未満の市町村のうち75.0%が個別による家族支援を実施し、61.4%が本人支援を実施している。30万人未満の自治体ではグループ支援を実施している自治体は少ない。人口が30万人以上の自治体では33.0%がグループ支援を実施している。

問3-2⑤ 不登校者の支援

いずれの自治体も学校・教育センターと連携が進められている。10万人未満の市町村では、学校・教育センターまた教員との連携が勧められている。また、30万人以上の自治体ではスクールカウンセラーやフリースクールとの連携が高い割合となっている。しかし、いずれの自治体も、養護教諭との連携は半数を下回る状況である。

問3-2⑥ 発達障害の支援

10万人未満の市町村では、家族支援(86.7%)が高く、就学相談(54.0%)となっている。発育発達や家族支援、就学相談など学齢

期までの支援が進められているが、青年期以降の支援が少ない。10万人以上の自治体では家族支援、生活支援、就労支援が高い傾向となっている。

また、政令市を除き幼少期のグループ支援は実施率が高いが、30万人未満の市町村では青年期のグループ支援はほとんど実施されていない。

問3-2⑦ アルコール関連問題・健康障害、依存症支援

10万人以上の自治体で断酒に向けた個別支援が実施されている（政令指定都市・政令指定都市90.0%、10万人以上30万人未満87.5%、特別区80.0%）。10万人未満の市町村でも63.0%は断酒に向けた個別支援を実施している。また、政令指定都市、特別区では断酒に向けた集団指導が実施されている。30万人以上の市町村では、アルコール依存症者の自助グループへの支援は70.0%、特別区が60.0%行われている。10万人から30万人未満では37.5%、10万人未満の市町村は22.2%となっている。

問3-2⑧ 薬物使用障害・依存症

いずれの自治体も、随時個別相談を実施している。アルコール依存症者支援と比べ、グループ相談、回復者支援の取り組みが少なく、自治体規模により所管課に違いがある。政令指定都市では60.0%が自助グループへの支援を実施しているが、特別区は20.0%、30万人以上（政令指定都市を除く）の自治体が33.3%、10万人以上30万人未満が25.0%である。10万人未満の市町村では薬物依存症の自助自治体規模により所管課に違いがある。グループへの支援が実施されていない。

（4）福祉・保健共通事項

問4-3 保健所との精神保健福祉業務連携（自殺対策事業を含む）

「企画調整業務」は、30万人以上（政令指定都市を除く）で84.6%、政令指定都市が80.0%となっている。特別区は100%である

のに比べ、10万人未満の市町村では32.1%、10万人以上30万人未満の自治体では60.6%となっている。

「障害者計画・障害福祉計画策定」は、政令指定都市は80.0%、特別区は75.0%、30万人以上（政令指定都市を除く）が53.8%、10万人以上30万人未満が36.4%、10万人未満の市町村では19.8%であった。

「協議会への参画」は、政令指定都市が80.0%、10万人以上30万人未満が57.6%、30万人以上（政令指定都市を除く）が53.8%、特別区が50.0%、10万人未満市町村が25.5%であった。

「精神保健福祉相談同席・訪問（緊急対応を含む）への同行」では、政令指定都市100%、30万人以上（政令指定都市を除く）が92.3%、10万人以上30万人未満が78.8%、10万人未満市町村が65.1%であった。特別区は、都の精神科救急システムがあるため50.0%となった。

問4-4(1) 市町村における対応困難さ

30万人以上の自治体では、「多少の困難があるが対応可能」もしくは「概ね対応ができる」を合わせて50.0%を上回っている。10万人以上30万人未満と10万人未満では、対応に苦慮する現状が浮かび上がる。

問4-4(2) 市町村で対応困難な個別相談

いずれの自治体とも、非自発的な受診勧奨、医療中断（症状再燃）、迷惑行為・他害行為に関する処遇が高い割合を示している。また、特別区では虐待対応が80.0%、政令指定都市では、自傷行為・自殺未遂者への対応が72.7%、30万人以上（政令指定都市を除く）ではアルコール・薬物関連が69.2%となっている。10万人未満の市町村では、社会的ひきこもりが61.2%となっている。

問4-4(4) 対応困難の軽減に必要な整備

30万人以上では地域精神医療の充実が100%となった。特別区では所管課の人員体制の

充実が100%となっている。10万人以上30万人未満では所管課の人員体制の充実が91.7%、地域医療の充実が68.6%となっている。10万人未満の市町村では、所管課の人員体制の充実が80.0%、地域医療の充実が79.2%となっている。いずれの自治体も、保健所の機能強化より、所管課の人員体制の充実と地域精神医療の充実が上回っている。

問4-4(4) 人員体制の充実（職種）

専門職の配置の充実を望む結果となっている。30万人以上が100%、10万人以上30万人未満が85.2%、10万人未満市町村が79.0%となっている。

精神保健福祉相談員の配置については、30万人以上（政令指定都市を除く）が63.6%、10万人以上30万人未満が51.9%、政令指定都市が44.4%、10万人未満の市町村が38.0%、特別区が25.0%となっている。

専門職別の回答では、特別区では保健師を望む声があり、特別区を除く自治体は精神保健福祉士を望む声が多くあった。

問4-4(4) 地域医療の充実

地域精神医療充実については、特別区、30万人以上では他職種によるアウトリーチ支援体制を望んでいる。10万人以上30万人未満及び10万人未満では、いずれも精神科医の訪問支援がアウトリーチを上回る結果となった。

問4-4(4) 保健所の機能強化

保健所の機能強化では、精神保健福祉事業の充実比べ個別支援での同行支援など個別支援の充実や人員増による市町村支援の強化（バックアップ体制）が望まれている。

問4-5(1) 今後の市町村における精神保健業務推進体制

いずれの自治体も、既に主体的に業務を行っているが、都道府県（保健所）のバックアップが必要との回答が大半を占めた。（10万人以上30万人未満が77.8%、30万人以上（政令

指定都市を除く）での自治体が72.7%、10万人未満市町村が63.0%となっている。

また、政令指定都市では、法的根拠が努力義務のため人員や業務実施体制を確保できないと回答している。また、10万人未満の市町村では63.6%が精神保健福祉相談員の配置が少なく、もしくは配置がなく、業務の推進が困難であると回答している。

問4-5(3) 市町村精神保健福祉業務の推進のための具体的な対策

特別区では、保健師常勤配置が望まれている。それ以外の自治体では30万人以上政令指定都市で精神保健福祉士の配置もしくは増員が90.0%、30万人以上（政令指定都市を除く）では精神保健福祉士の常勤設置と相談支援事業所の充実がともに75.0%となっている。10万人未満の市町村では精神保健福祉士の常勤での配置が61.9%、保健所や精神保健福祉センターのバックアップが60.3%となっている。

問4-6(1) 今後の市町村の精神保健福祉業務の重要性

上位から、相談支援事業者との役割分担・連携、精神保健福祉相談・電話相談、困難事例への訪問支援、ひきこもり相談・支援、認知症等老年期、精神障害者地域移行・地域定着、自殺未遂者支援・自死遺族支援となっている。

問4-6(2) 都道府県と市町村の役割分担

都道府県の役割は、精神科医療提供体制の確保・整備（93.4%）、精神科医療機関への監査・指導（92.4%）、精神医療審査会の充実による適正な医療の確保（91.9%）があげられた。また、薬物依存症回復者への支援（76.8%）、アウトリーチ支援体制構築（71.7%）、自殺対策事業のうち自死遺族支援の充実（68.7%）、アルコール回復者への支援（68.7%）、措置入院患者の退院支援（64.6%）、重度かつ慢性の精神障害者の地域処遇（53.0%）が上位に挙げられた。

市町村の役割は、上位から心の健康づくりに関する啓発（78.8%）、精神保健福祉相談（75.8%）、認知症者等老年期精神保健・高齢精神障害者の生活支援（75.8%）、自殺対策事業のうち啓発（69.7%）、精神科病院からの地域移行（64.1%）、ひきこもり相談（64.1%）が挙げられている。

F. 考察

本調査では、調査票配布数780件に対し198市町村から回答を得た。有効回答率は25.4%でありこのことから、データの信用性は限定的なものと解し、あくまで市町村で取り組まれている精神保健福祉事業の傾向を踏まえた考察とする。以下4つの調査項目毎について考察した。

（1）所管課及び人員体制に関する考察

調査結果では、10万人以上の市町村では障害福祉所管課と保健衛生所管課の双方で、精神保健福祉士及び保健師が相談業務をすすめている。10万人未満の人口規模が小さな自治体では主に障害福祉所管課が精神障害者の福祉支援を実施し、事務職の配置が多く、障害者総合支援法関連業務の枠組みとなっている。障害福祉サービス提供体制は民間事業所の参入により整備している。

多様化する精神保健ニーズについては、保健衛生所管課で精神保健福祉法上努力義務であるにもかかわらず、対応に苦慮しながらも精神保健相談を主体的に実施している。都道府県（保健所等）が実施している「受診勧奨・受診援助」についても、既に市町村でも実施している。30万人以上の自治体では保健所が設置され専門職の配置があり、半数以上で「多少の困難があるが対応可能」「概ね対応ができる」と回答している。30万人未満の自治体はそのほとんどが保健所機能を有さない自治体であり、都道府県型保健所と「精神保健福祉相談同席・訪問（緊急対応を含む）への同行」により連携をすすめ対応しているが、「都道府県（保健所）のバックアップが必要」

との回答が大半（10万人以上30万人未満が77.8%、10万人未満市町村が63.0%）を占める。併せて、具体的解決策に専門職（精神保健福祉士・保健師）の配置を充実すること求める回答が多数である。このことから、精神保健相談は市町村の義務規定とし、市町村に専門的職種（精神保健福祉士・保健師等）を配置し、精神保健福祉相談員の任命を推進することが必要と示唆された。

（2）精神障害者の福祉支援に関する考察

調査結果では、精神障害者の福祉支援に関する各自治体の取り組みは、自治体規模にかかわらず障害者総合支援法、障害者虐待防止法等の法体型の元で一定程度推進されている。サービス提供体制の整備に関して、障害者総合支援法障害福祉サービスは個別給付費で国庫負担金が見込めるため、社会資源の量的整備について、財源を問題とした自治体は少ない。各自治体ともに「事業者が少ない」ことを主な理由としている。このことから、障害者総合支援法に定める「障害福祉計画」や「協議会」により、市町村が社会福祉法人やNPO団体等と対等なパートナーシップにより地域で不足する社会資源を創設していく必要があると考えられる。コミュニティソーシャルワーク技能を有する精神保健福祉士やソーシャルキャピタルの醸成をすすめる保健師など専門的職種が担うべき業務であると考えられる。また、発達障害者支援や就労支援や障害者の虐待防止など関連領域も含めた相談支援体制の整備については、行政と委託先事業者の相談支援専門員との協働による個別支援に関する援助技術の質的な向上も求められる。

（3）精神保健事業に関する考察

平成14年精神保健福祉法改正により市町村への業務移管時、相談業務は努力義務規定とされた。本調査では、精神保健相談の実施状況は、自治体規模や職員配置状況により格差があることが示された。

普及啓発事業では、10万人以上の自治体で

は「心の健康づくり」「精神障害の正しい理解（統合失調症）」「精神障害の正しい理解（気分障害）」「自殺対策」に関して実施率が高く、30万人以上の自治体では「アルコール健康障害」に関する啓発事業も実施されている。「発達障害者に関する正しい理解」は実施自治体が少なく課題となっている。10万人未満の市町村で「自殺対策事業」を実施しているが、その他の普及啓発事業、健康教育・集団指導は実施率が低い。限られた人員配置かつ専門職配置が少ない状況下で事業展開しているため、「自殺対策事業」を優先し実施されていると推察する。また本人支援と家族支援、団体支援については、30万人以上の政令指定都市では健康教育・集団指導が行われているが、政令指定都市及び特別区以外の市町村では取り組みが進められていない現状であった。

市町村精神保健事業の課題としては、国民の理解の深化及び地域住民の精神的健康の保持増進、精神障害の早期発見・早期治療のため、普及啓発と多領域にわたる精神保健相談に対応することが求められている。政令指定都市・中核市、特別区では、保健所機能として専門的対応を実施できるよう人的体制を強化することが求められている。都道府県型保健所ではこれまで培ってきた当事者・家族への支援、管内市町村への情報提供、高度な専門性が必要な個別処遇への同行、広域調整など市町村への技術的支援や人材育成を行うなど、地域の特性に応じ具体的に市町村をバックアップすることが求められる。

（４）市町村行政の体制整備に関する考察

世界保健機構（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、我が国でも、精神疾患は5大疾患に位置づけられている。また、我が国の人口動態が示すように認知症対策は市町村を中心とし精神保健体制を再構築することが喫緊の課題となっている。

先行研究では、「今日の精神保健福祉行政の重要課題は、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。」と指摘され、これまでの業務運営要領に7領域を追加することを提言している。

本調査では、新たに提示された7領域のうち、心の健康の保持増進、自殺対策、精神障害者の地域移行に関しては、市町村の取り組みが進められていることが把握できたが、自治体規模によりその実施体制・人員配置、精神保健事業実施状況に格差があることが示唆された。今後さらに地域格差が広がることも懸念される。

これらの課題を解決するため、まず、市町村への専門職の配置と都道府県行政との重層化による精神保健システムの強化が必須である。

今後、心の健康に関する普及啓発、精神保健相談、地域移行関連事業、自殺対策事業（普及啓発、対面相談、ゲートキーパー養成）、組織育成・団体支援など直接支援業務は市町村の義務規定とし事務移管をすすめることにより都道府県と機能分化することが有効と考える。

ハイリスク者への個別支援の充実について、法体系では都道府県（保健所）業務となっているところだが、本調査においては、受診調整・勧奨や訪問支援、退院支援等も自治体規模にかかわらず既にほとんどの市町村が実施しており、困難事例への対応について保健所との協働を望む回答が多数を占めている。多くの市町村は、保健師、医師、精神保健福祉士の配置が必要と回答している。ハイリスクアプローチに関しては、市町村の規模や人員体制をもとに業務の再編をし、特に規模の小さな市町村や専門職配置がない自治体に対す

る都道府県のバックアップ体制・重層化システムを整備していくことが必要である。

また、自殺対策における未遂者対策・遺族支援、認知症対策も同様に都道府県と市町村の機能分化による連携が必要と考える。都道府県は市町村への研修や技術支援などバックアップ体制の構築も重要となる。

「良質かつ適正な医療の確保」について、入院中心の精神科医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神科医療への改革の実現にむけて、都道府県は指針が示した管内精神科病院への指導をすすめ、医療提供体制を確保するとともに、精神科救急システムやアウトリーチ支援など障害保健医療圏域単位で地域精神保健福祉包括システムの構築の中心を担うなど、市町村と都道府県が重層化した地域精神保健福祉システムとし再構築することが必要と考えられる。

G. 結論

市町村は地域保健の第1線機関である。国民の精神的健康を保持増進していくために、体制整備として専門職の配置及び都道府県との機能分化による重層的な精神保健システムの構築が求められる。

本調査では、政令指定都市、中核市など保健所を設置し専門職の配置がある市町村と、保健所を有さない市町村との間に、精神保健福祉業務実施に係る差異がみられた。特に人口30万人未満の保健所を持たない市町村には都道府県型保健所によるバックアップ体制が求められた。

「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂では、各自治体の特性を踏まえ業務を明確化し、地域精神保健福祉業務を推進することが必要である。

参考

先行研究により示された「保健所及び市町村精神保健福祉業務運営要領の見直しに関する新たな視点（7領域）」

- (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

謝辞

本調査の回答にご協力をいただきました、市町村の皆様には感謝いたします。また、調査実施にあたり全国保健所長会、全国精神保健福祉センター長会にご協力いただきましたことに感謝いたします。併せて、全国精神保健福祉相談委員会の仲間に感謝いたします。

(文責 山本 賢)

I 人員体制(有効回答198市区町村)

障害福祉所管課	常勤	うち専従	非専従	非常勤
医師	7	5	2	2
保健師	169	34	135	12
精神保健福祉士	82	49	33	22
社会福祉士	54	3	51	10
臨床心理技術者	3	3	0	0
事務職	529	72	457	82
その他	7	2	5	11
計(人/%)	851	168	683	139
		19.7%	80.3%	16.3%

保健衛生所管課	常勤	うち専従	非専従	非常勤
医師	10	3	7	6
保健師	836	72	764	63
精神保健福祉士	62	53	9	25
社会福祉士	5	4	1	2
臨床心理技術者	5	4	1	6
事務職	191	20	171	33
その他	13	1	12	2
計(人/%)	1122	157	965	137
		14.0%	86.0%	12.2%

その他	常勤	うち専従	非専従	非常勤
医師	2	41	-39	0
保健師	40	3	37	8
精神保健福祉士	15	7	8	6
社会福祉士	7	0	7	8
臨床心理技術者	8	2	6	23
事務職	9	2	7	1
その他	3	2	1	3
計(人/%)	84	57	27	49
		67.9%	32.1%	58.3%

表 I-2-③

③精神保健福祉相談員(精神保健福祉法第48条)任命数	任命者数	構成比
医師	1	2.5%
保健師	15	37.5%
精神保健福祉士	11	27.5%
社会福祉士	5	12.5%
臨床心理技術者	2	5.0%
事務職	6	15.0%
その他	0	0.0%
計	40	

専従者(障害)計	168
専従者(保健)計	157
専従者(その他)計	57.00
専従者計	382
相談員任命者数	40
%	10.47%
専従(障・保)計	325
相談員任命者数	40
%	12.31%

表 II-1

精神障害者福祉相談の実施体制(平成26年度)	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
市区町村による直営	25.4%	14.7%	0.0%	9.1%	60.0%
障害者相談支援事業所(基幹を含む) に精神障害者の福祉相談業務を委託	29.2%	20.6%	9.1%	18.2%	0.0%
市区町村職員による精神障害者の福祉相談と 障害者相談支援事業所(委託)の併用	46.2%	61.8%	90.9%	72.7%	60.0%
指定相談支援事業(障害福祉サービス提供事業所)への 個別給付で対応	5.4%	5.9%	0.0%	0.0%	0.0%

表 II-1-①

精神障害者の福祉相談の実施体制 市区町村による直営の場合の所管課	10万人未満	10万人以上 30万人未満	政令指定都市	特別区
障害福祉所管課	度数	23	3	0
	%	71.9%	50.0%	0.0%
保健衛生所管課	度数	8	0	1
	%	25.0%	0.0%	50.0%
障害・保健課	度数	9	4	1
	%	28.1%	66.7%	100.0%
合計	度数	32	6	2

パーセンテージと合計は応答者数を基に計算

表 II-2-②

就労支援及の実施体制	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
市直営	27.5%	12.9%	36.4%	18.2%	40.0%
相談支援事業所に委託	48.4%	61.3%	45.5%	36.4%	40.0%
併用	26.4%	25.8%	18.2%	45.5%	20.0%

虐待防止の実施体制 ※障害者虐待防止センター事業	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
市直営	69.4%	64.7%	83.3%	36.4%	100.0%
相談支援事業所に委託	14.0%	5.9%	0.0%	27.3%	0.0%
併用	16.5%	29.4%	16.7%	36.4%	0.0%

表Ⅱ-3

福祉行政報告例(平成25年度)		10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
相談(延件数)	平均値	420	2,449	5,609	8,555	11,556
	度数	101	28	11	7	4
	標準偏差	1,109.1	3,427.8	8,546.5	9,149.5	9,014.6
訪問支援(延件数)	平均値	82	299	1,052	1,300	2,021
	度数	91	25	8	6	4
	標準偏差	162.04	555.86	955.01	961.20	1,581.7

表Ⅱ-4

相談支援事業所の相談実績(平成25年度)		10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
相談支援事業所による精神保健福祉相談件数	平均値	710	2,741	4,326	9,990	139,936
	度数	96	28	7	5	30
	標準偏差	2,048.8	3,041.6	4,940.1	9,404.4	3,108.5
相談支援事業所への訪問依頼件数	平均値	86	280	1,282	2,300	288.00
	度数	84	29	4	4	1
	標準偏差	234.5	626.0	743.2	3,005.9	767.68
相談支援事業所職員との同行訪問件数	平均値	14	24	252	928	61
	度数	87	17	5	4	1
	標準偏差	40.0	57.0	223.5	1,190.7	267.6

表Ⅱ-5 精神障害者の福祉相談

(1) 社会復帰・生活支援	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
制度利用支援	84.8%	97.2%	91.7%	90.0%	100%
障害年金申請相談	56.3%	72.2%	83.3%	70.0%	100%
セルフケアプラン作成支援	14.3%	25.0%	41.7%	70.0%	80%
地域相談申請支援	17.9%	44.4%	66.7%	50.0%	60%
居住支援申請支援	21.4%	41.7%	50.0%	70.0%	60%
成年後見制度利用支援	21.4%	61.1%	83.3%	70.0%	100%
計画相談(プラン作成)支援	56.3%	63.9%	41.7%	80.0%	100%
委託先もしくは相談支援事業所への助言・調整	47.3%	75.0%	83.3%	60.0%	100%
その他	6.3%	5.6%	0.0%	10.0%	0%

(2) 就労支援	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
就労相談	93.5%	97.1%	91.7%	100.0%	100.0%
就労準備訓練	21.5%	35.3%	33.3%	40.0%	60.0%
職場開拓支援	10.8%	8.8%	8.3%	40.0%	0.0%
職場定着支援	29.0%	50.0%	66.7%	30.0%	60.0%
委託先事業所への助言・調整	0.0%	2.9%	0.0%	10.0%	0.0%
その他	0.0%	2.9%	0.0%	10.0%	0.0%

(3) 障害者虐待・通報・相談対応	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
虐待者への介入	64.3%	72.4%	81.8%	88.9%	60.0%
被虐待者の安全確保	38.1%	69.0%	90.9%	55.6%	40.0%
養護者支援	38.1%	51.7%	81.8%	77.8%	60.0%
職場訪問	14.3%	20.7%	9.1%	22.2%	20.0%
福祉サービス提供事業所への指導	31.0%	41.4%	63.6%	55.6%	60.0%
都道府県への協力	26.2%	27.6%	36.4%	11.1%	40.0%
その他	11.9%	13.8%	0.0%	11.1%	0.0%

表Ⅵ 障害福祉サービス提供事業所の実施状況。今後の整備方針

(1) 特定相談支援事業所	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているため、量的整備をすすめる。	16.0%	36.1%	38.5%	41.7%	80.0%
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているが、財源の問題があるため量的整備ができない。	7.6%	11.1%	15.4%	8.3%	0.0%
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているが、事業所の応募がないため量的整備ができない。	24.4%	30.6%	23.1%	33.3%	20.0%
ニーズとサービス提供体制はほぼ合致している。	38.9%	16.7%	7.7%	8.3%	0.0%
ニーズとサービス提供体制について、特に把握していない。	6.1%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%
その他	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
(2) 一般相談支援事業所	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているため、量的整備をすすめる。	6.9%	19.4%	30.8%	41.7%	80.0%
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているが、財源の問題があるため量的整備ができない。	6.1%	16.7%	23.1%	8.3%	0.0%
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているが、事業所の応募がないため量的整備ができない。	17.6%	22.2%	15.4%	8.3%	20.0%
ニーズとサービス提供体制はほぼ合致している。	51.1%	30.6%	7.7%	33.3%	0.0%
ニーズとサービス提供体制について、特に把握していない。	13.0%	2.8%	7.7%	0.0%	0.0%
その他	2.3%	0.0%	7.7%	0.0%	0.0%

(3) 共同生活援助	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているため、量的整備をすすめる。	13.0%	33.3%	38.5%	58.3%	40.0%
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているが、財源の問題があるため量的整備ができない。	13.7%	11.1%	7.7%	0.0%	0.0%
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているが、事業所の応募がないため量的整備ができない。	36.6%	38.9%	15.4%	16.7%	40.0%
ニーズとサービス提供体制はほぼ合致している。	24.4%	5.6%	23.1%	16.7%	20.0%
ニーズとサービス提供体制について、特に把握していない。	7.6%	2.8%	7.7%	0.0%	0.0%
その他	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

(4) 居宅介護、重度訪問介護、重度包括支援	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているため、量的整備をすすめる。	3.8%	5.6%	15.4%	33.3%	0.0%
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているが、財源の問題があるため量的整備ができない。	7.6%	2.8%	7.7%	0.0%	0.0%
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているが、事業所の応募がないため量的整備ができない。	21.4%	19.4%	15.4%	0.0%	60.0%
ニーズとサービス提供体制はほぼ合致している。	57.3%	50.0%	38.5%	41.7%	40.0%
ニーズとサービス提供体制について、特に把握していない。	7.6%	11.1%	15.4%	8.3%	0.0%
その他	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%	0.0%

(5) 日中活動（自立訓練生活訓練、就労継続支援B型事業所）	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているため、量的整備をすすめる。	3.8%	16.7%	23.1%	8.3%	20.0%
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているが、財源の問題があるため量的整備ができない。	10.7%	11.1%	7.7%	8.3%	0.0%
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているが、事業所の応募がないため量的整備ができない。	29.0%	16.7%	7.7%	0.0%	60.0%
ニーズとサービス提供体制はほぼ合致している。	45.8%	33.3%	46.2%	58.3%	20.0%
ニーズとサービス提供体制について、特に把握していない。	7.6%	11.1%	7.7%	8.3%	0.0%
その他	0.8%	0.0%	0.0%	8.3%	0.0%

(6) 日中活動（就労移行支援、就労継続支援A型事業所）	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているため、量的整備をすすめる。	6.1%	13.9%	30.8%	16.7%	20.0%
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているが、財源の問題があるため量的整備ができない。	9.2%	5.6%	7.7%	0.0%	0.0%
ニーズに対してサービス提供体制が不足しているが、事業所の応募がないため量的整備ができない。	36.6%	27.8%	7.7%	8.3%	40.0%
ニーズとサービス提供体制はほぼ合致している。	36.6%	30.6%	38.5%	50.0%	40.0%
ニーズとサービス提供体制について、特に把握していない。	7.6%	11.1%	7.7%	0.0%	0.0%
その他	1.5%	5.6%	0.0%	16.7%	0.0%

表Ⅱ-7(1)

市区町村長同意	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
平成25年度の保護者同意件数（旧法）	平均値 3.9	20.2	53.5	139.6	112.4
	度数 131.0	36.0	13.0	12.0	5.0
	標準偏差 13.8	32.5	24.1	115.9	43.6
新規同意件数（改正法）平成26年4月1日～9月末	平均値 0.7	5	13	28	30
	度数 131.0	36.0	13.0	12.0	5.0
	標準偏差 2,626.1	8.1	7.7	21.3	13.1

表Ⅱ-7(4)

市区町村長同意した事例への関与（1）	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
①非自発的受診導入のための訪問支援及び医療調整	56.0%	60.0%	100.0%	50.0%	75.0%
②入院時の診察への出席	52.0%	26.7%	100.0%	50.0%	75.0%
③入院後1ヶ月以内の診察への出席及び主治医への病状調査	20.0%	60.0%	33.3%	50.0%	50.0%
④入院後3ヶ月以内の面会及び退院後生活環境相談員との調整	48.0%	53.3%	83.3%	50.0%	100.0%
⑤退院支援委員会への参加	28.0%	26.7%	50.0%	16.7%	75.0%
⑥財産上権利の保護	8.0%	20.0%	0.0%	0.0%	25.0%

表Ⅱ-7(4)

市区町村長同意した事例への関与（2）	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
⑦-1成年後見申立に関する支援・調整（本人申立）	平均値 .02	.02	.08	0.00	0.00
	度数 131	131	13	12	5
	標準偏差 .195	.123	.277	0.000	0.000
⑦-2成年後見申立に関する支援・調整（首長申立）	平均値 .02	.08	.08	0.00	5
	度数 131	36	13	12	.447
	標準偏差 .195	.280	.277	0.000	0.000
⑦-3成年後見申立に関する支援・調整（後見人推薦）	平均値 .01	0.00	.08	0.00	.20
	度数 131	36	13	12	5
	標準偏差 .087	0.000	.277	0.000	.447
⑧当該入院者の退院の支援	平均値 .09	.31	.46	1.58	.80
	度数 131	36	13	12	5
	標準偏差 .361	1.191	.967	2.353	1.789
⑨精神保健福祉法の退院等請求権（法第38条の4）の行使	平均値 0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	度数 131	36	13	12	5
	標準偏差 0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表Ⅱ-8

医療観察法上の保護者としての関与		10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
関与件数（平成25年度）	平均値	.11	.83	2.08	3.92	3.20
	度数	131	36	13	12	5
	標準偏差	.521	1.363	1.656	6.721	4.868
関与件数（平成26年4月1日～9月末）	平均値	.05	.61	1.46	3.58	3.20
	度数	131	36	13	12	5
	標準偏差	.258	.903	1.450	6.680	4.868

表Ⅲ-1

(1) 地域保健・健康増進事業報告による精神保健相談等件数		10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
精神保健福祉相談件数（延人数）	平均値	211	1,283	4,045	7,565	8,083
	度数	119	32	13	11	4
	標準偏差	463.4	1550.4	2280.6	4916.0	2702.2
訪問支援件数（延件数）	平均値	83	277	727	1,932	1,831
	度数	120	32	13	11	4
	標準偏差	133.4	487.0	478.9	1711.1	718.8

表Ⅲ-2 精神保健相談 相談内容

① 受診勧奨・受療援助	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
受診前家族相談	81	32	13	10	5
	73.0%	97.0%	100.0%	100.0%	100.0%
訪問支援	93	26	13	10	5
	83.8%	78.8%	100.0%	100.0%	100.0%
医療調整	66	25	12	10	5
	59.5%	75.8%	92.3%	100.0%	100.0%
受診同行支援	55	21	12	10	5
	49.5%	63.6%	92.3%	100.0%	100.0%
診察同席	50	18	11	10	4
	45.0%	54.5%	84.6%	100.0%	80.0%
委託・特定相談支援事業所紹介	36	24	9	6	5
	32.4%	72.7%	69.2%	60.0%	100.0%
その他	2	1	0	0	0
	1.8%	3.0%	0.0%	0.0%	0.0%

表Ⅲ-2-②

② 退院支援	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
入院中の関与	53	26	13	10	5
	60.9%	81.3%	100.0%	100.0%	100.0%
退院支援委員会への参加	17	3	4	4	3
	19.5%	9.4%	30.8%	40.0%	60.0%
退院後生活環境相談員と連携	13	2	5	6	4
	14.9%	6.3%	38.5%	60.0%	80.0%
一般相談支援事業所と連携	42	21	7	9	4
	48.3%	65.6%	53.8%	90.0%	80.0%
住居設定等居住支援	11	8	3	4	3
	12.6%	25.0%	23.1%	40.0%	60.0%
障害福祉サービス利用調整	61	29	9	9	5
	70.1%	90.6%	69.2%	90.0%	100.0%
就労支援機関との連携	33	15	5	8	4
	37.9%	46.9%	38.5%	80.0%	80.0%
相談支援事業者へ委託	25	17	4	4	4
	28.7%	53.1%	30.8%	40.0%	80.0%
その他	4	1	0	0	0
	4.6%	3.1%	0.0%	0.0%	0.0%

表Ⅲ-2-③

③ 認知症者への支援	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
市町村障害福祉担当者による相談支援	27	10	6	7	0
	29.0%	35.7%	54.5%	70.0%	0.0%
市町村高齢者福祉・介護保険担当	65	19	8	9	3
	69.9%	67.9%	72.7%	90.0%	60.0%
地域包括支援センターによる相談支援	83	23	11	9	5
	89.2%	82.1%	100.0%	90.0%	100.0%
居宅介護事業所・ケアマネージャーにつなぐ	57	16	6	6	4
	61.3%	57.1%	54.5%	60.0%	80.0%
その他	3	1	0	1	0
	3.2%	3.6%	0.0%	10.0%	0.0%

表Ⅲ-2-④

④ひきこもり	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
個別の家族支援	66 75.0%	23 88.5%	12 92.3%	9 100.0%	5 100.0%
本人への相談支援	54 61.4%	12 46.2%	11 84.6%	8 88.9%	5 100.0%
グループ支援	3 3.4%	2 7.7%	3 23.1%	5 55.6%	1 20.0%
相談支援事業者への委託	17 19.3%	5 19.2%	3 23.1%	4 44.4%	2 40.0%
その他	5 5.7%	4 15.4%	1 7.7%	1 11.1%	1 20.0%

表Ⅲ-2-⑤

⑤不登校	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
学校・教育センターとの連携	39 75.0%	16 69.6%	8 100.0%	6 75.0%	4 80.0%
教員との連携	31 59.6%	9 39.1%	5 62.5%	5 62.5%	3 60.0%
スクールカウンセラーとの連携	16 30.8%	9 39.1%	4 50.0%	6 75.0%	4 80.0%
養護教諭との連携	22 42.3%	8 34.8%	4 50.0%	3 37.5%	2 40.0%
スクールソーシャルワーカーとの連携	9 17.3%	7 30.4%	3 37.5%	6 75.0%	0 0.0%
家庭教師・フリースクール等支援者 ・支援機関との連携	9 17.3%	6 26.1%	5 62.5%	3 37.5%	3 60.0%
その他	4 7.7%	4 17.4%	1 12.5%	0 0.0%	1 20.0%

表Ⅲ-2-⑥(1)

⑥発達障害	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
発育発達のアセスメント	47 52.2%	17 60.7%	4 40.0%	6 75.0%	2 40.0%
家族への支援	78 86.7%	23 82.1%	10 100.0%	6 75.0%	5 100.0%
就学相談	49 54.4%	12 42.9%	3 30.0%	4 50.0%	2 40.0%
学齢期の相談	30 33.3%	13 46.4%	3 30.0%	5 62.5%	4 80.0%
生活支援	30 33.3%	19 67.9%	7 70.0%	7 87.5%	4 80.0%
就労支援	24 26.7%	19 67.9%	4 40.0%	7 87.5%	5 100.0%
グループ支援	16 17.8%	6 21.4%	1 10.0%	4 50.0%	5 100.0%

表Ⅲ-2-⑥(2)

⑥発達障害グループ支援	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
幼児期	15 100.0%	6 100.0%	1 100.0%	1 25.0%	4 80.0%
学齢期	5 33.3%	2 33.3%	1 100.0%	3 75.0%	1 20.0%
青年期	2 13.3%	1 16.7%	0 0.0%	3 75.0%	3 60.0%

表Ⅲ-2-⑦

⑦アルコール健康障害関連問題・依存症者支援	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
個別健康教育	19 35.2%	5 31.3%	2 20.0%	5 50.0%	3 60.0%
集団健康教育	6 11.1%	3 18.8%	3 30.0%	5 50.0%	3 60.0%
節酒指導	23 42.6%	9 56.3%	3 30.0%	6 60.0%	1 20.0%
断酒に向けた個別支援	34 63.0%	14 87.5%	9 90.0%	9 90.0%	4 80.0%
断酒に向けたグループ事業	1 1.9%	1 6.3%	2 20.0%	4 40.0%	3 60.0%
自助グループへの支援	12 22.2%	6 37.5%	7 70.0%	7 70.0%	3 60.0%

表Ⅲ-2-⑧

⑧薬物関連問題・依存症者支援	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
個別相談	15 100.0%	15 93.8%	9 100.0%	10 100.0%	5 100.0%
グループ相談事業	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	4 40.0%	2 40.0%
依存症回復支援	1 6.7%	2 12.5%	3 33.3%	4 40.0%	2 40.0%
自助グループへの支援	0 0.0%	4 25.0%	3 33.3%	6 60.0%	1 20.0%

表Ⅲ-2-⑨

⑨ギャンブル関連問題・依存症者支援	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
個別相談	14 100.0%	13 92.9%	9 100.0%	10 100.0%	5 100.0%
グループ相談事業	0 0.0%	1 7.1%	0 0.0%	2 20.0%	2 40.0%
依存症回復支援	1 7.1%	1 7.1%	2 22.2%	3 30.0%	2 40.0%
自助グループへの支援	0 0.0%	4 28.6%	1 11.1%	3 30.0%	1 20.0%

表Ⅲ-3-①

啓発普及事業（平成25年度実績）	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
心の健康づくり	85 74.6%	26 78.8%	10 83.3%	11 100.0%	4 80.0%
精神障害の正しい理解（統合失調症）	13 11.4%	12 36.4%	10 83.3%	8 72.7%	5 100.0%
精神障害の正しい理解（気分障害）	21 18.4%	9 27.3%	11 91.7%	8 72.7%	5 100.0%
発達障害の正しい理解	21 18.4%	9 27.3%	4 33.3%	3 27.3%	1 20.0%
自殺対策	98 86.0%	29 87.9%	12 100.0%	11 100.0%	5 100.0%
アルコール健康障害対策	20 17.5%	3 9.1%	4 33.3%	10 90.9%	4 80.0%
その他	9 7.9%	3 9.1%	3 25.0%	3 27.3%	3 60.0%

表Ⅲ-3-②

啓発普及事業（平成26年度予定）	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
心の健康づくり	86 76.8%	24 72.7%	10 83.3%	11 100.0%	4 80.0%
精神障害の正しい理解（統合失調症）	15 13.4%	15 45.5%	10 83.3%	8 72.7%	5 100.0%
精神障害の正しい理解（気分障害）	26 23.2%	9 27.3%	11 91.7%	9 81.8%	5 100.0%
発達障害の正しい理解	25 22.3%	7 21.2%	5 41.7%	3 27.3%	2 40.0%
自殺対策	94 83.9%	29 87.9%	12 100.0%	11 100.0%	5 100.0%
アルコール健康障害対策	20 17.9%	6 18.2%	6 50.0%	9 81.8%	4 80.0%
その他	6 5.4%	3 9.1%	4 33.3%	2 18.2%	3 60.0%

表Ⅲ-4-①

家族支援事業（平成25年度実績）	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
統合失調症	15 45.5%	13 92.9%	9 81.8%	9 90.0%	5 100.0%
気分障害（うつ病等）	10 30.3%	5 35.7%	6 54.5%	9 90.0%	4 80.0%
アルコール健康障害（アルコール依存症）	7 21.2%	1 7.1%	3 27.3%	8 80.0%	5 100.0%
薬物使用障害	1 3.0%	1 7.1%	0 0.0%	7 70.0%	1 20.0%
社会的ひきこもり	4 12.1%	1 7.1%	4 36.4%	9 90.0%	2 40.0%
児童思春期精神保健	9 27.3%	0 0.0%	1 9.1%	4 40.0%	3 60.0%
自死遺族	4 12.1%	2 14.3%	3 27.3%	7 70.0%	0 0.0%
その他	4 12.1%	1 7.1%	0 0.0%	1 10.0%	0 0.0%

表Ⅲ-4-①

家族支援事業（平成26年度予定）	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
統合失調症	14 46.7%	13 86.7%	9 81.8%	7 70.0%	4 80.0%
気分障害（うつ病等）	10 33.3%	6 40.0%	7 63.6%	9 90.0%	4 80.0%
アルコール健康障害（アルコール依存症）	7 23.3%	1 6.7%	2 18.2%	9 90.0%	5 100.0%
薬物使用障害	1 3.3%	1 6.7%	1 9.1%	8 80.0%	0 0.0%
社会的ひきこもり	4 13.3%	1 6.7%	4 36.4%	8 80.0%	2 40.0%
児童思春期精神保健	9 30.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 40.0%	3 60.0%
自死遺族	3 10.0%	3 20.0%	3 27.3%	7 70.0%	0 0.0%
その他	3 10.0%	1 6.7%	0 0.0%	1 10.0%	0 0.0%

表Ⅲ-5-①

当事者支援事業（平成25年度実績）	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
精神障害者の社会参加に向けたグループ支援	22 68.8%	5 71.4%	8 80.0%	7 87.5%	4 100.0%
ピアサポート・ピアカウンセリング事業立上げ支援	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	0 0.0%
ピアサポート・ピアカウンセリング団体への支援	4 12.5%	2 28.6%	5 50.0%	4 50.0%	1 25.0%
うつ病者のグループ支援	0 0.0%	1 14.3%	1 10.0%	3 37.5%	0 0.0%
うつ病者のリワーク支援	1 3.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	1 25.0%
アルコール健康障害に関する健康教育・集団指導	5 15.6%	1 14.3%	3 30.0%	3 37.5%	2 50.0%
アルコール依存症者の回復支援	4 12.5%	1 14.3%	3 30.0%	5 62.5%	2 50.0%
薬物使用障害に関する健康教育・集団指導	1 3.1%	1 14.3%	0 0.0%	4 50.0%	0 0.0%
薬物使用障害者の回復支援	0 0.0%	1 14.3%	1 10.0%	5 62.5%	0 0.0%
ひきこもり当事者のグループ支援	3 9.4%	1 14.3%	1 10.0%	4 50.0%	0 0.0%
その他	3 9.4%	0 0.0%	2 20.0%	1 12.5%	0 0.0%

表Ⅲ-5-②

当事者支援事業（平成26年度予定）	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
精神障害者の社会参加に向けたグループ支援	23 71.9%	5 71.4%	7 77.8%	7 87.5%	4 100.0%
ピアサポート・ピアカウンセリング事業立上げ支援	1 3.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	0 0.0%
ピアサポート・ピアカウンセリング団体への支援	5 15.6%	2 28.6%	4 44.4%	4 50.0%	1 25.0%
うつ病者のグループ支援	0 0.0%	1 14.3%	1 11.1%	3 37.5%	0 0.0%
うつ病者のリワーク支援	1 3.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	1 25.0%
アルコール健康障害に関する健康教育・集団指導	4 12.5%	1 14.3%	2 22.2%	3 37.5%	2 50.0%
アルコール依存症者の回復支援	4 12.5%	1 14.3%	3 33.3%	5 62.5%	2 50.0%
薬物使用障害に関する健康教育・集団指導	1 3.1%	1 14.3%	0 0.0%	4 50.0%	0 0.0%
薬物使用障害者の回復支援	1 3.1%	1 14.3%	2 22.2%	5 62.5%	0 0.0%
ひきこもり当事者のグループ支援	2 6.3%	1 14.3%	1 11.1%	5 62.5%	0 0.0%
その他	3 9.4%	0 0.0%	2 22.2%	1 12.5%	0 0.0%

表Ⅲ-6-②

組織育成及び団体支援事業（平成25年度実績）	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
精神障害者家族会の育成・支援	13 15.9%	9 32.1%	4 36.4%	8 72.7%	1 20.0%
精神障害者当事者団体の育成・支援	33 40.2%	16 57.1%	9 81.8%	9 81.8%	5 100.0%
アディクション関連自助グループの育成・支援	1 1.2%	5 17.9%	3 27.3%	9 81.8%	2 40.0%
精神障害者就労支援のための職親会等の支援	1 1.2%	1 3.6%	0 0.0%	2 18.2%	0 0.0%
精神保健福祉ボランティア団体の育成・支援	14 17.1%	9 32.1%	5 45.5%	6 54.5%	3 60.0%
心の健康推進員。ゲートキーパーの育成・支援	58 70.7%	23 82.1%	9 81.8%	11 100.0%	5 100.0%

表Ⅲ-6-②

組織育成及び団体支援事業（平成26年度実績）	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
精神障害者家族会の育成・支援	13 15.5%	8 32.0%	4 36.4%	8 72.7%	1 20.0%
精神障害者当事者団体の育成・支援	31 36.9%	16 64.0%	9 81.8%	9 81.8%	5 100.0%
アディクション関連自助グループの育成・支援	1 1.2%	5 20.0%	3 27.3%	9 81.8%	2 40.0%
精神障害者就労支援のための職親会等の支援	1 1.2%	1 4.0%	0 0.0%	2 18.2%	0 0.0%
精神保健福祉ボランティア団体の育成・支援	13 15.5%	7 28.0%	5 45.5%	6 54.5%	2 40.0%
心の健康推進員。ゲートキーパーの育成・支援	60 71.4%	19 76.0%	9 81.8%	11 100.0%	5 100.0%

表Ⅳ2

精神保健福祉所管課以外の部署が把握した事例への対応	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
当初来所した窓口の部署が引き続き対応する	11 9.9%	4 12.1%	0 0.0%	1 9.1%	0 0.0%
精神保健所管課が引き継ぎを受け相談対応する	75 67.6%	19 57.6%	10 90.9%	8 72.7%	1 20.0%
保健所にケースを引き継ぐ	7 6.3%	2 6.1%	1 9.1%	4 36.4%	3 60.0%
委託相談支援事業所に依頼する	12 10.8%	3 9.1%	0 0.0%	2 18.2%	0 0.0%
特定相談支援事業所に依頼する	2 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
所内会議で対処方針を検討し、担当を決定する	15 13.5%	3 9.1%	0 0.0%	0 0.0%	2 40.0%
保健所と相談し助言を受け、担当を決定する	9 8.1%	2 6.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 20.0%
その他	2 1.8%	1 3.0%	1 9.1%	0 0.0%	0 0.0%

表Ⅳ3

精神保健福祉業務での保健所との連携の有無 （平成26年4月1日～9月30日実績）	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
企画調整業務（業務の方向性、関係会議の開催等）	34 32.1%	20 60.6%	11 84.6%	8 80.0%	4 100.0%
市区町村障害者計画・障害福祉計画策定に関する強力	21 19.8%	12 36.4%	7 53.8%	8 80.0%	3 75.0%
障害者総合支援法第89条協議会への参画	27 25.5%	19 57.6%	7 53.8%	8 80.0%	2 50.0%
啓発普及事業の共催等	27 25.5%	10 30.3%	9 69.2%	3 30.0%	3 75.0%
自殺対策事業の共催等	37 34.9%	13 39.4%	8 61.5%	5 50.0%	3 75.0%
精神保健福祉相談の同席・訪問（緊急時含む）への同行	69 65.1%	26 78.8%	12 92.3%	10 100.0%	2 50.0%
処遇に関するコンサルテーション、事例検討会への参画	36 34.0%	18 54.5%	11 84.6%	10 100.0%	3 75.0%
市区町村や地域の障害福祉サーズ提供事業所職員の研修	26 24.5%	6 18.2%	5 38.5%	6 60.0%	3 75.0%
その他	2 1.9%	1 3.0%	1 7.7%	1 10.0%	0 0.0%

表Ⅳ-4-(1)

(1) 精神保健相談に関する市区町村の対応の困難さ	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
概ね対応できる（あまり困難はない）	5 4.1%	3 8.6%	2 15.4%	2 16.7%	2 40.0%
多少の困難はあるが、対応可能	38 30.9%	11 31.4%	5 38.5%	6 50.0%	3 60.0%
ある程度困難を抱えており、対応に苦慮している。	73 59.3%	21 60.0%	6 46.2%	4 33.3%	0 0.0%
対応は困難	7 5.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

表Ⅳ-4-(2)

(2) 対応困難な精神保健相談（個別相談）	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
医療機関への受診を拒否している事例	97 75.2%	34 100.0%	12 92.3%	9 81.8%	5 100.0%
医療中断・症状が再燃している事例	73 56.6%	27 79.4%	10 76.9%	8 72.7%	5 100.0%
大声や威嚇行為など近隣での迷惑行為や 他害行為を伴う事例	81 62.8%	31 91.2%	10 76.9%	10 90.9%	5 100.0%
社会的ひきこもりの事例	79 61.2%	21 61.8%	7 53.8%	4 36.4%	0 0.0%
家庭内暴力がある事例	50 38.8%	14 41.2%	5 38.5%	6 54.5%	0 0.0%
虐待問題	38 29.5%	12 35.3%	2 15.4%	2 18.2%	4 80.0%
自傷行為、自殺未遂の事例	63 48.8%	8 23.5%	7 53.8%	8 72.7%	2 40.0%
アルコール・薬物関連等の事例	54 41.9%	14 41.2%	9 69.2%	4 36.4%	2 40.0%
インターネット・スマホ嗜癖等の事例	8 6.2%	0 0.0%	2 15.4%	0 0.0%	0 0.0%
認知症等の老年期精神障害関連事例の事例	29 22.5%	3 8.8%	3 23.1%	1 9.1%	1 20.0%
その他	10 7.8%	3 8.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

表Ⅳ-4-(4)

(4) 困難軽減のための体制整備	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
所管課の人員体制の充実	100 80.0%	27 77.1%	11 91.7%	9 75.0%	5 100.0%
保健所の機能強化	72 57.6%	22 62.9%	5 41.7%	6 50.0%	2 40.0%
地域精神医療の充実	99 79.2%	24 68.6%	10 83.3%	12 100.0%	5 100.0%
精神科病院の機能分化	61 48.8%	21 60.0%	8 66.7%	2 16.7%	5 100.0%
研修機会の増加	14 11.2%	1 2.9%	2 16.7%	1 8.3%	1 20.0%
事例検討会の増加	18 14.4%	3 8.6%	1 8.3%	0 0.0%	0 0.0%
その他	3 2.4%	2 5.7%	0 0.0%	3 25.0%	0 0.0%

表Ⅳ-5-(1)

(1) 今後の市区町村の精神保健業務の推進	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
既に市区町村が主体となっている （特に問題ない）	8 6.2%	2 5.6%	2 18.2%	2 16.7%	0 0.0%
既に市区町村が主体となっているが、 都道府県（保健所）等バックアップが必要	83 63.8%	28 77.8%	8 72.7%	6 50.0%	3 60.0%
法的根拠が努力義務であり業務の確立 ・推進が困難	14 10.8%	1 2.8%	1 9.1%	2 16.7%	0 0.0%
専門的な対応が必要となるため 都道府県が実施すべき	20 15.4%	5 13.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
その他	5 3.8%	0 0.0%	0 0.0%	2 16.7%	2 40.0%

表Ⅳ-5-(2)

(2) 精神保健業務の推進が困難な理由(複数回答)	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
法改正や権限委譲などの業務量が多く、 業務を推進する余裕がない	59 48.4%	20 60.6%	4 44.4%	5 55.6%	4 80.0%
精神保健相談業務は法的根拠が努力義務のため、 人員や業務実施体制を確保できない	35 28.7%	9 27.3%	6 66.7%	1 11.1%	1 20.0%
行政改革により、予算及び人員が削減され 業務推進のための体制が確保できない	44 36.1%	11 33.3%	6 66.7%	4 44.4%	3 60.0%
アウトソーシングが進められ 直営で精神保健相談の対応ができない	2 1.6%	1 3.0%	1 11.1%	0 0.0%	0 0.0%
精神保健専門職員の配置が少ないもしくははない	80 65.6%	20 60.6%	5 55.6%	4 44.4%	2 40.0%
保健所の協力を得られない。 もしくは必要時に対応してもらえない	21 17.2%	12 36.4%	2 22.2%	0 0.0%	0 0.0%
精神科医療機関との連携が困難	21 17.2%	8 24.2%	1 11.1%	1 11.1%	0 0.0%
地域の社会資源が充足していない。	68 55.7%	17 51.5%	2 22.2%	2 22.2%	3 60.0%
その他	4 3.3%	1 3.0%	2 22.2%	0 0.0%	0 0.0%

表Ⅳ-5-(3)

(3) 精神保健業務の推進のための具体的な対策	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区
精神保健福祉法で精神保健福祉相談を 義務規定とする	22 17.5%	8 24.2%	4 40.0%	1 8.3%	1 25.0%
精神保健福祉士を常勤で配置 もしくは増員する	39 31.0%	11 33.3%	6 60.0%	2 16.7%	1 25.0%
精神保健福祉法で精神保健福祉相談員を 必置とする	78 61.9%	20 60.6%	9 90.0%	9 75.0%	2 50.0%
保健師を常勤で配置もしくは増員する	39 31.0%	12 36.4%	1 10.0%	4 33.3%	4 100.0%
嘱託(非常勤)で専門職を配置する	17 13.5%	2 6.1%	0 0.0%	1 8.3%	0 0.0%
委託相談事業所(基本相談)・基幹相談支援事業を 充実する	44 34.9%	15 45.5%	5 50.0%	9 75.0%	3 75.0%
指定(特定・一般)相談支援事業所の運営を安定化する	33 26.2%	16 48.5%	3 30.0%	6 50.0%	1 25.0%
保健所や精神保健福祉センターによる バックアップ体制を強化する	76 60.3%	18 54.5%	2 20.0%	7 58.3%	0 0.0%
その他	4 3.2%	1 3.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

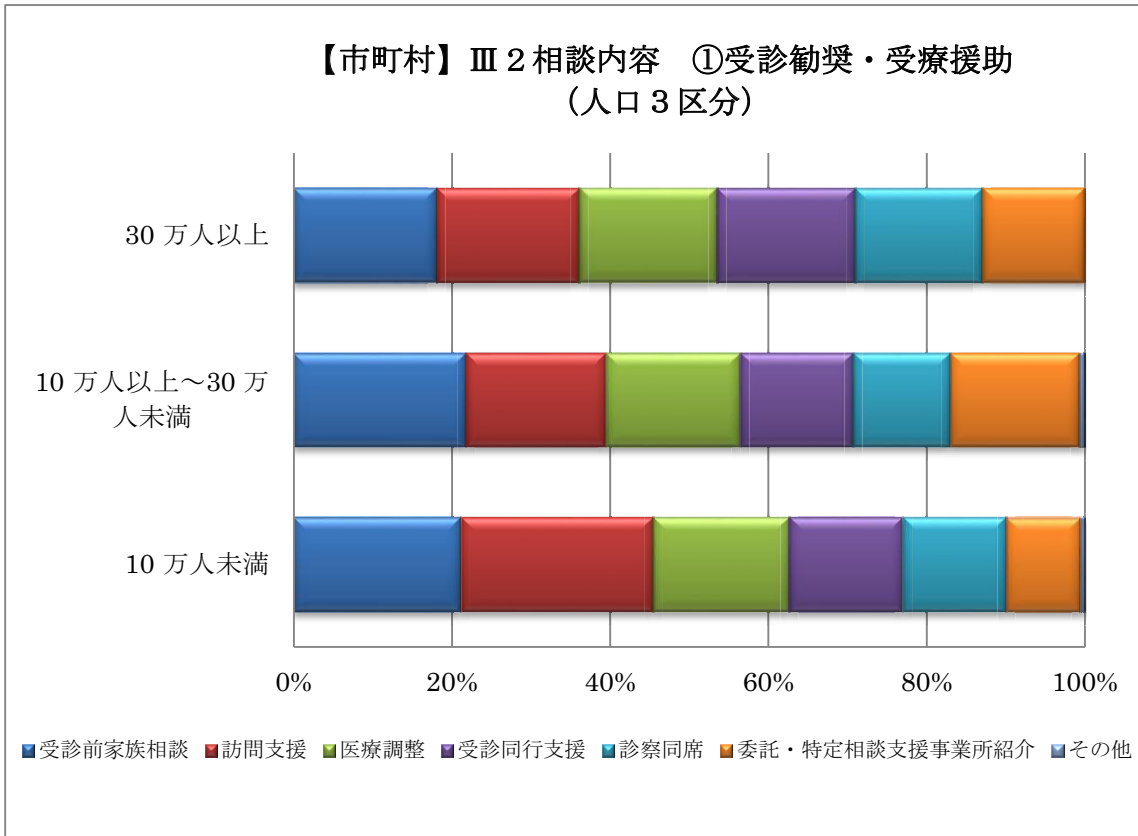
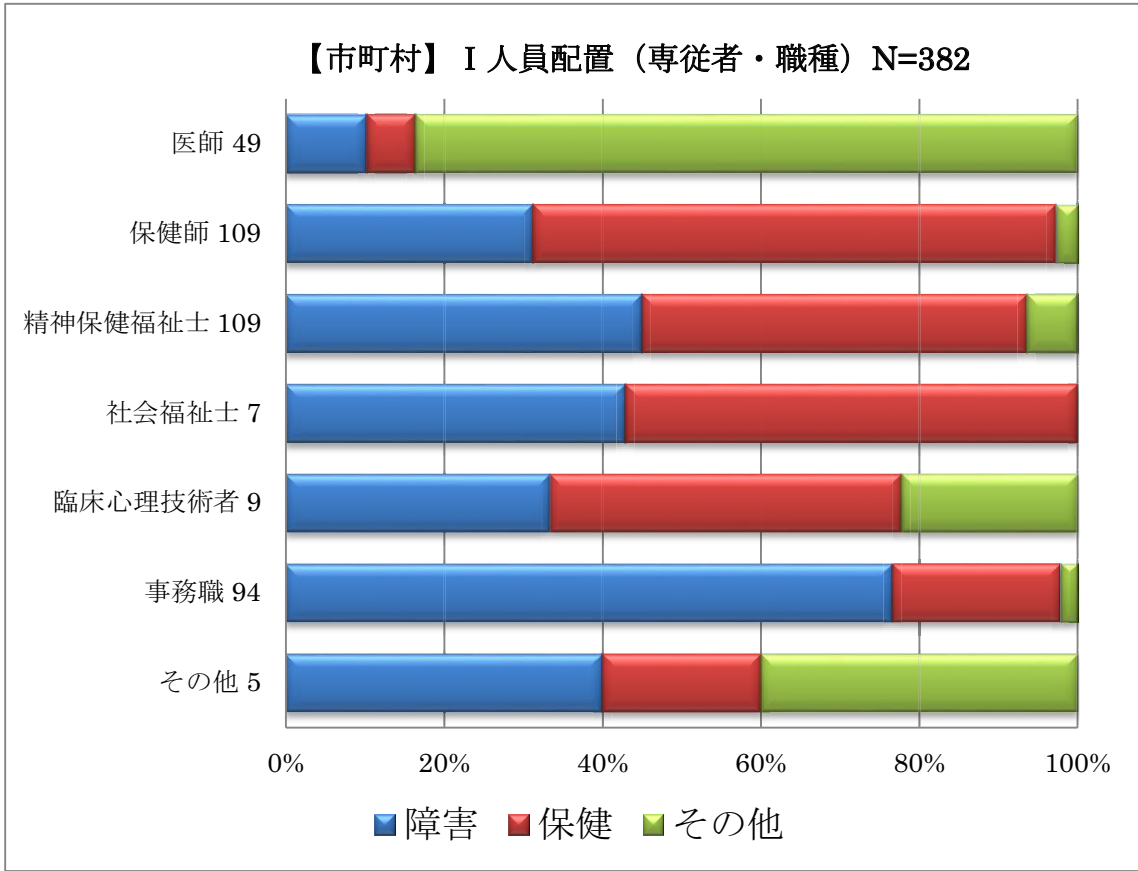
IV 6 - (1) 今後の役割	① 精神科救急医療体制の整備	② 相談支援事業者との役割分担や連携	③ 多職種による在宅の重度精神障害者へのアウトリーチ支援体制の構築	④ 保健医療福祉データ活用による体制整備	⑤ 困難事例への訪問支援	⑥ 法第34第1の規定による移送支援	⑦ 法第33第1に基づく医療保護入院調整支援
とても大きい	16.7%	38.4%	6.1%	16.7%	22.7%	7.1%	8.6%
大きい	28.3%	53.0%	37.4%	28.3%	53.5%	28.8%	32.8%
どちらともいえない	32.8%	5.1%	47.0%	32.8%	17.7%	34.3%	36.9%
小さい	7.6%	.0%	3.0%	7.6%	1.5%	15.2%	11.6%
とても小さい	11.6%	.5%	2.0%	11.6%	.5%	10.6%	7.1%
無回答	3.0%	3.0%	4.5%	3.0%	4.0%	4.0%	3.0%

IV 6 - (1) 今後の役割	⑧ 自殺未遂者支援	⑨ 自死遺族支援	⑩ 精神保健相談・電話	⑪ ひきこもり相談支援	⑫ 認知症等老年期の精神障害関連問題	⑬ アルコール・薬物関連事例への支援	⑭ インターネット・スマホ嗜癖等への支援
とても大きい	16.7%	10.1%	30.8%	18.7%	22.2%	12.6%	5.6%
大きい	45.5%	43.9%	48.5%	56.1%	57.1%	43.4%	29.3%
どちらともいえない	29.3%	35.4%	16.7%	20.7%	14.1%	32.8%	48.5%
小さい	4.0%	4.5%	.5%	1.0%	1.5%	7.1%	10.6%
とても小さい	1.5%	2.5%	0.0%	.5%	1.5%	.5%	2.0%
無回答	3.0%	3.5%	3.5%	3.0%	3.5%	3.5%	4.0%

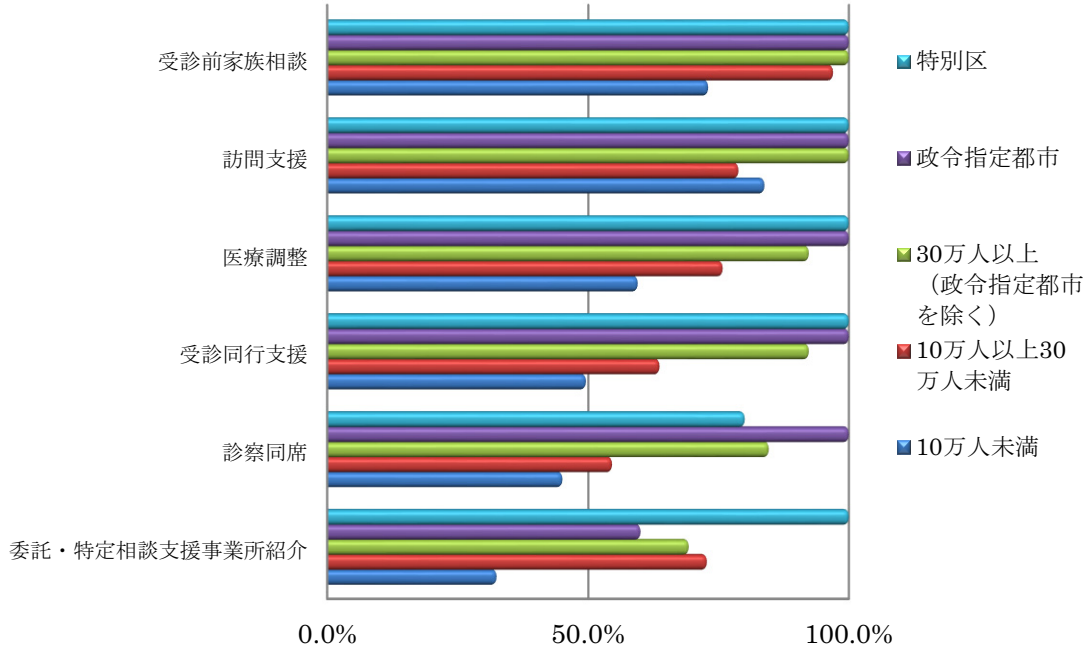
IV 6 - (1) 今後の役割	⑮ 精神障害者の地域移行・地域定着支援	⑯ 医療観察法事例への支援
とても大きい	27.3%	7.1%
大きい	49.5%	39.4%
どちらともいえない	17.7%	38.4%
小さい	2.0%	5.6%
とても小さい	.5%	5.6%
無回答	3.0%	4.0%

IV 6 - (1) 今後の役割-③ 多職種による在宅の重度精神障害者へのアウトリーチ支援体制の構築

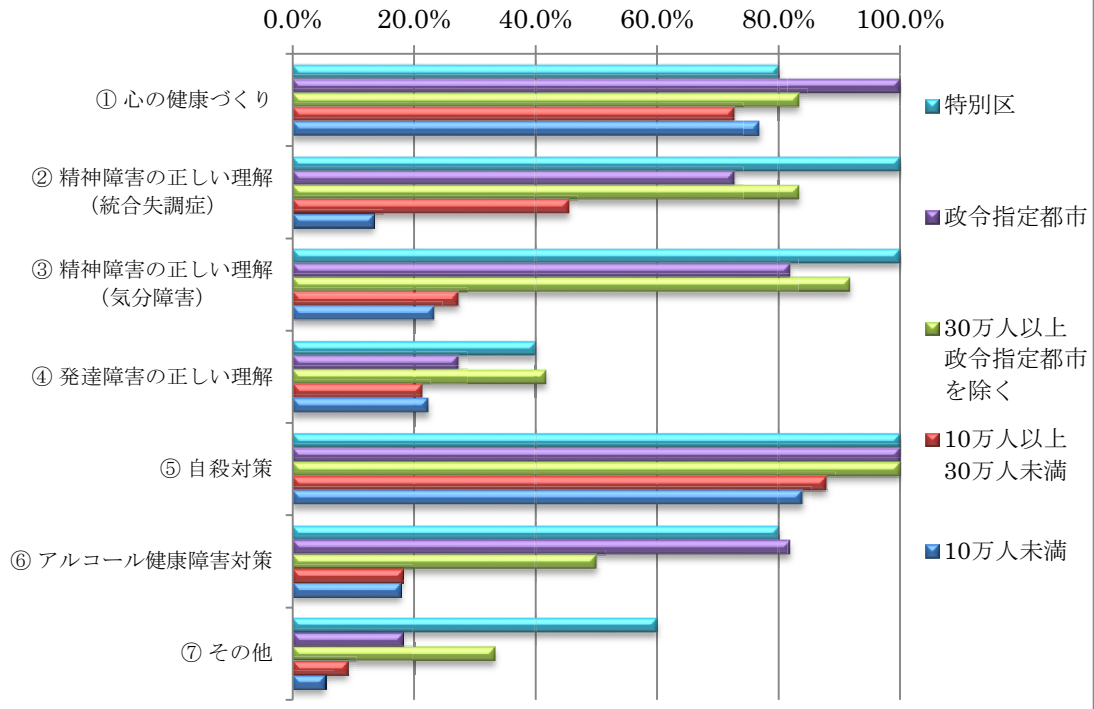
	10万人未満	10万人以上 30万人未満	30万人以上 政令指定都市を除く	政令指定都市	特別区	無回答	合計
とても大きい	16.8%	25.0%	38.5%	41.7%	20.0%	0.0%	21.2%
大きい	44.3%	36.1%	30.8%	41.7%	40.0%	100.0%	41.9%
どちらともいえない	30.5%	22.2%	15.4%	16.7%	20.0%	0.0%	26.8%
小さい	4.6%	11.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.1%
とても小さい	1.5%	2.8%	7.7%	0.0%	0.0%	0.0%	2.0%
無回答	2.3%	2.8%	7.7%	0.0%	20.0%	0.0%	3.0%



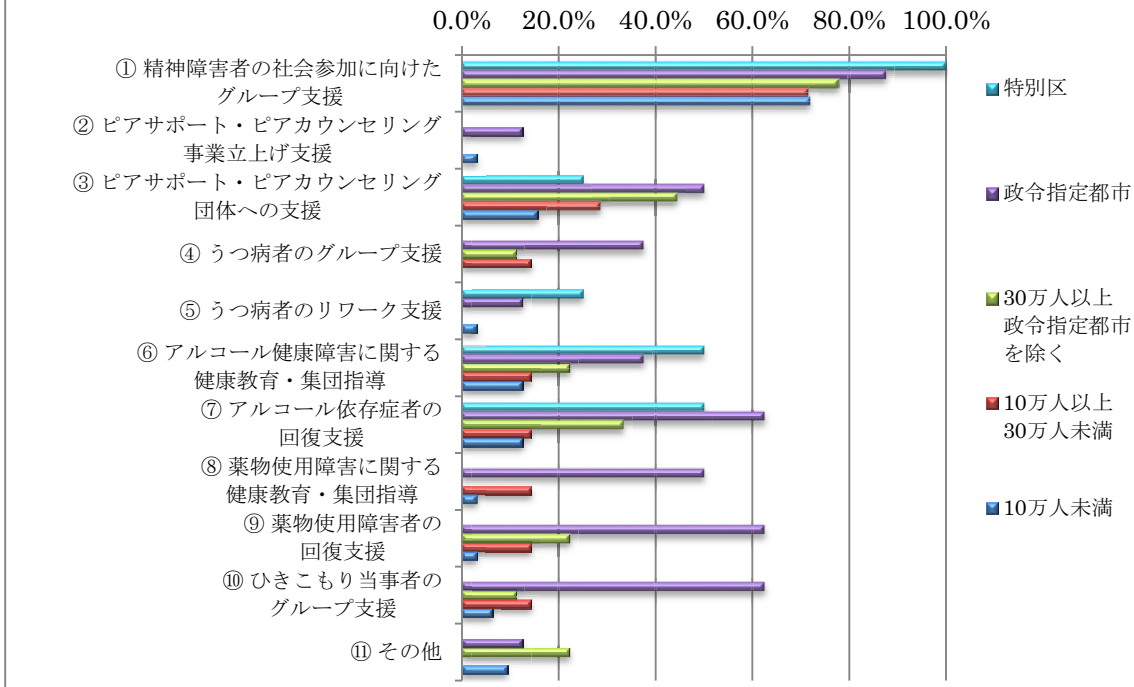
【市町村】Ⅲ 2 精神保健相談 相談内容
① 受診勧奨・受療援助（人口5区分）



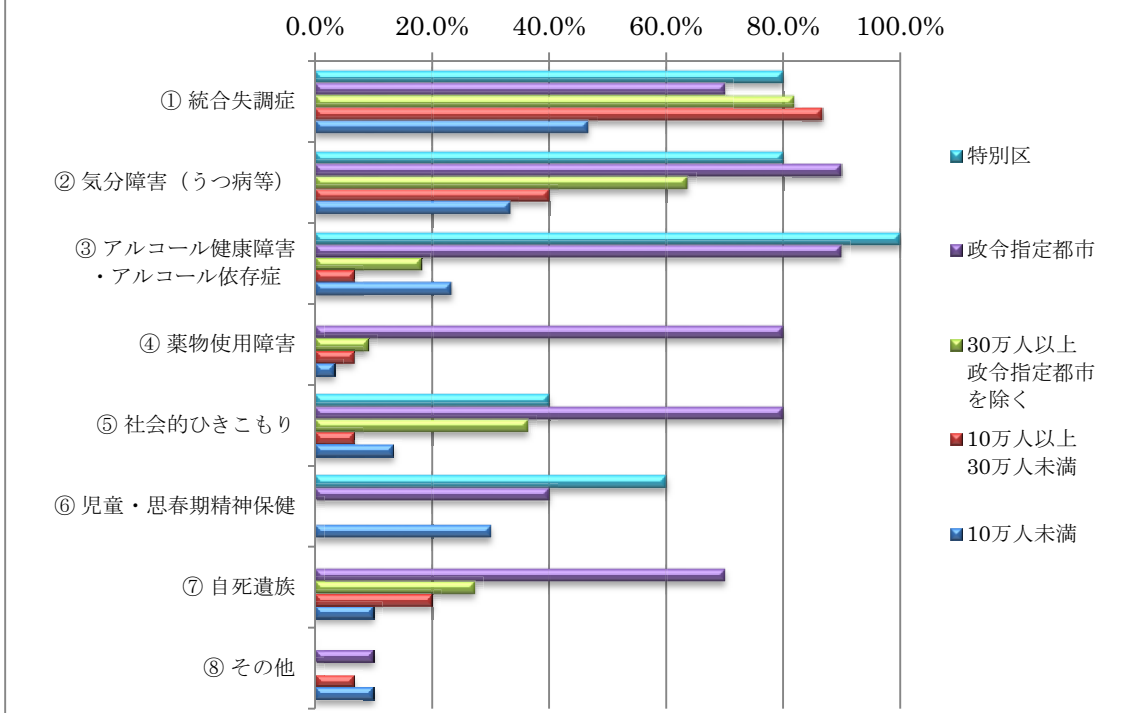
【市町村】Ⅲ 3 精神保健 普及啓発事業
実施事業（平成26年度）



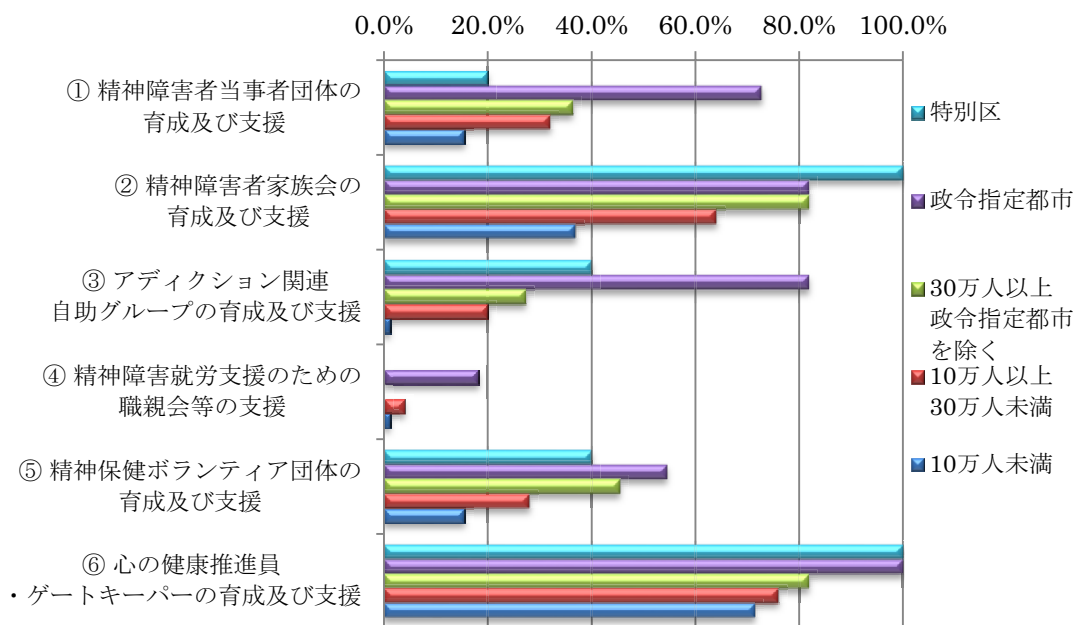
**【市町村】Ⅲ 5 精神保健事業
当事者支援に関する健康教育・集団指導等事業（平成26年度）**



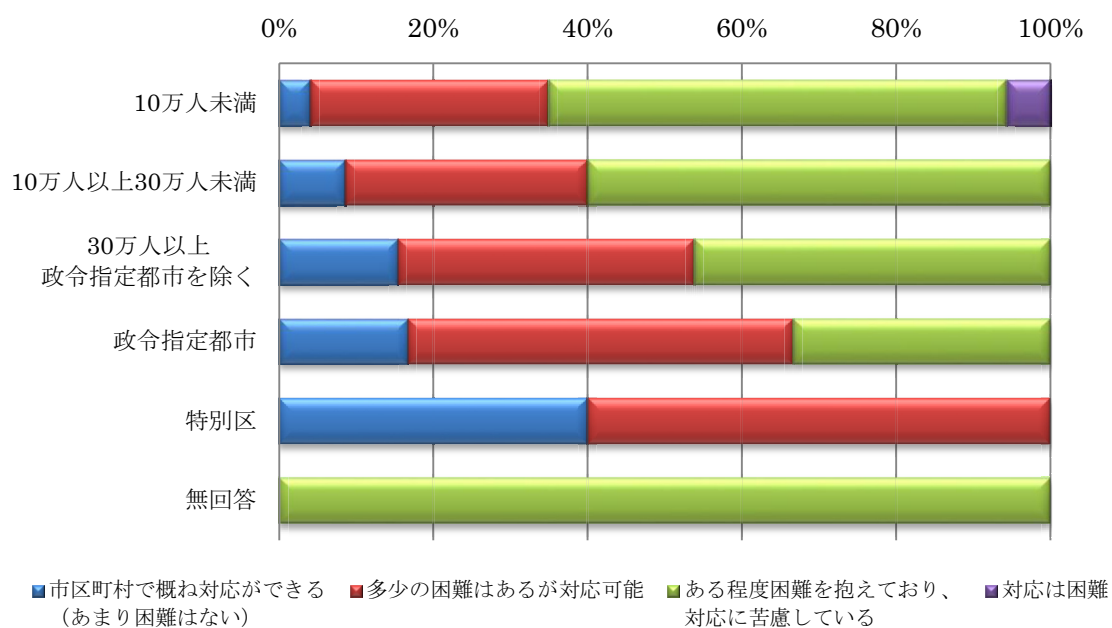
**【市町村】Ⅲ 4 精神保健事業
家族支援に関する健康教育・集団指導等（平成26年度）**



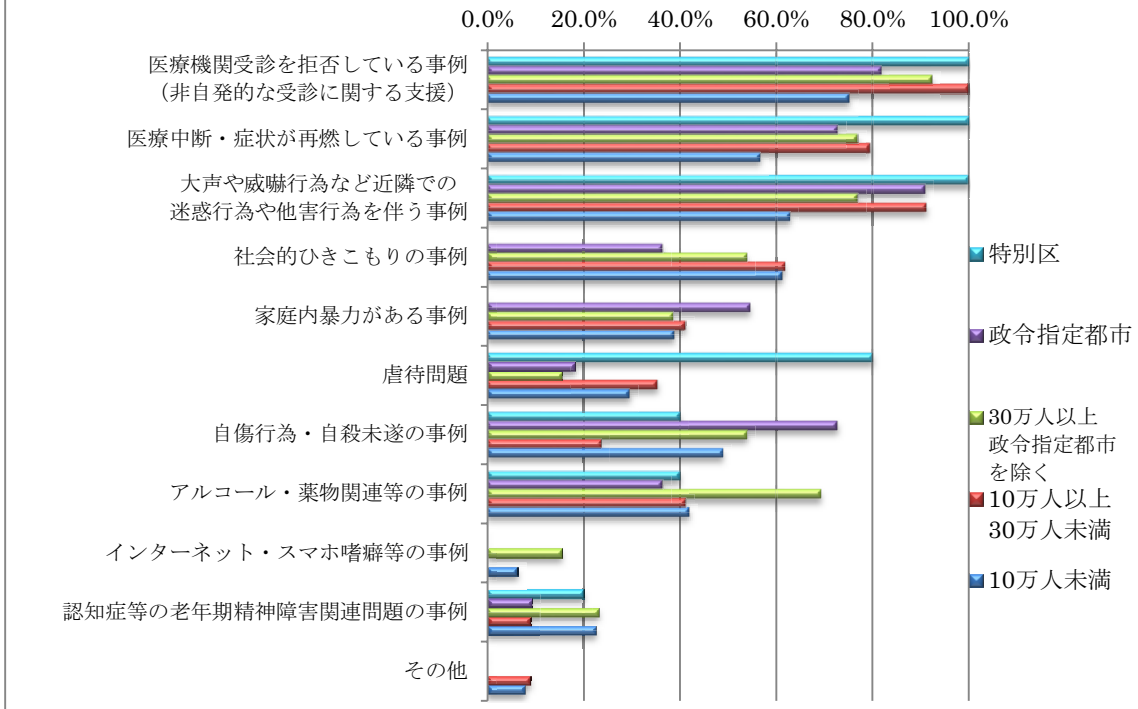
【市町村】Ⅲ 6 精神保健事業
組織育成及び団体支援（平成26年度）



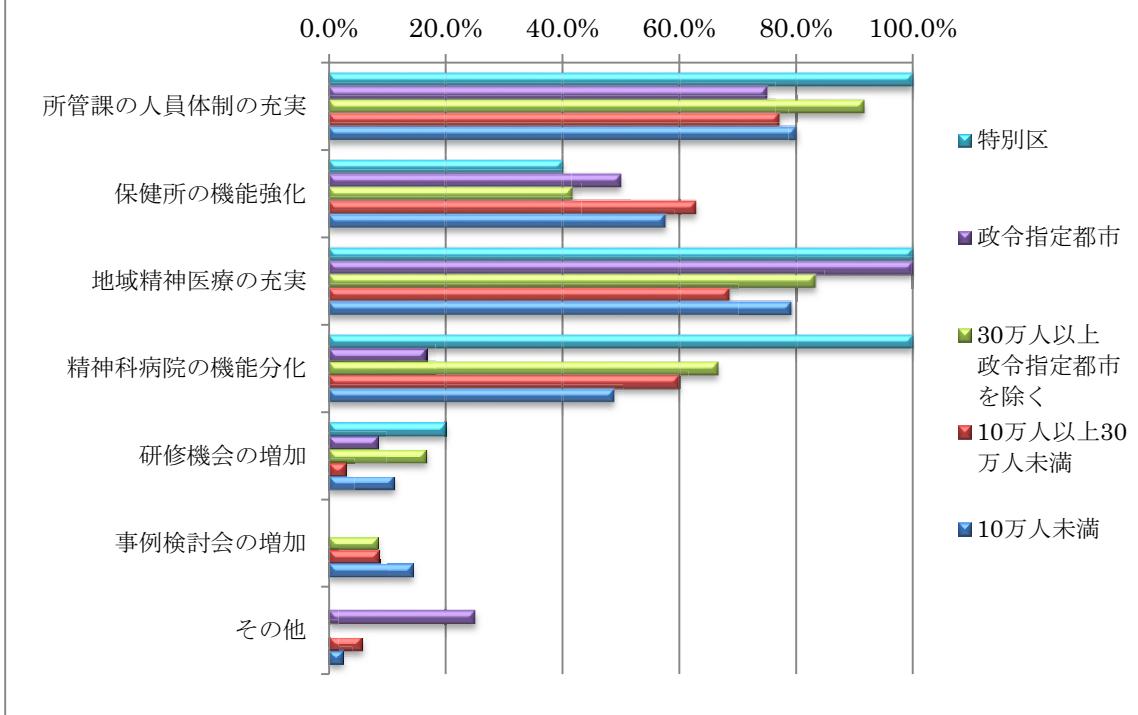
【市町村】Ⅴ-5精神保健相談に関する対応の困難さ
(1) 市区町村での対応



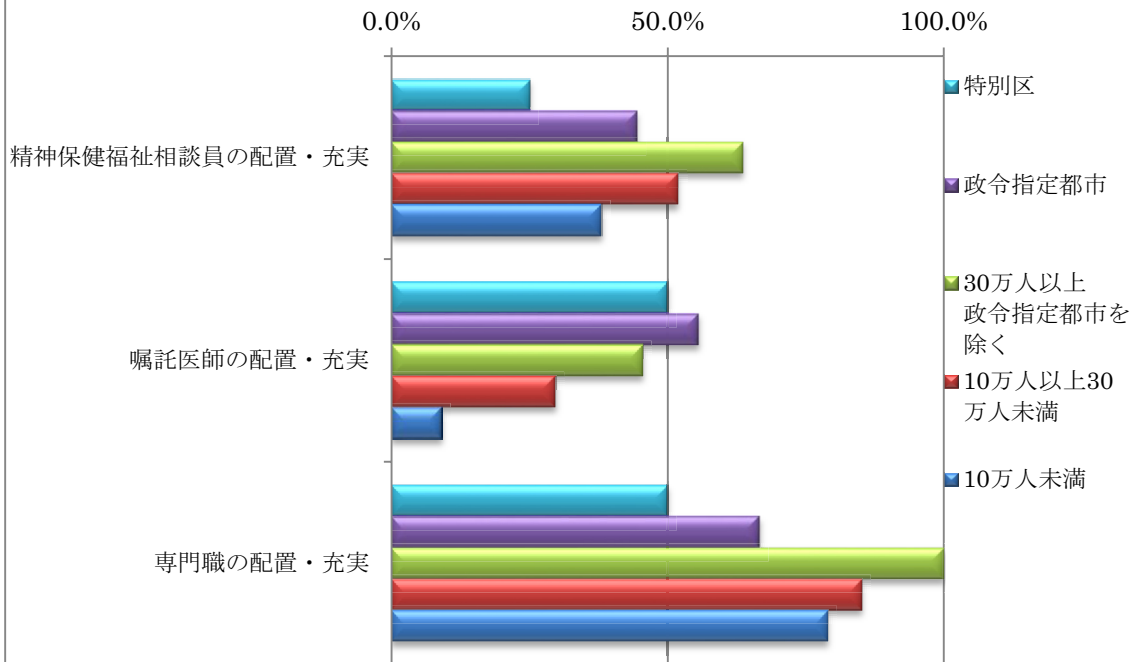
【市町村】IV 4 福祉保健共通 精神保健相談に関する対応の困難さ
 (2) 市区町村での対応が困難な個別相談



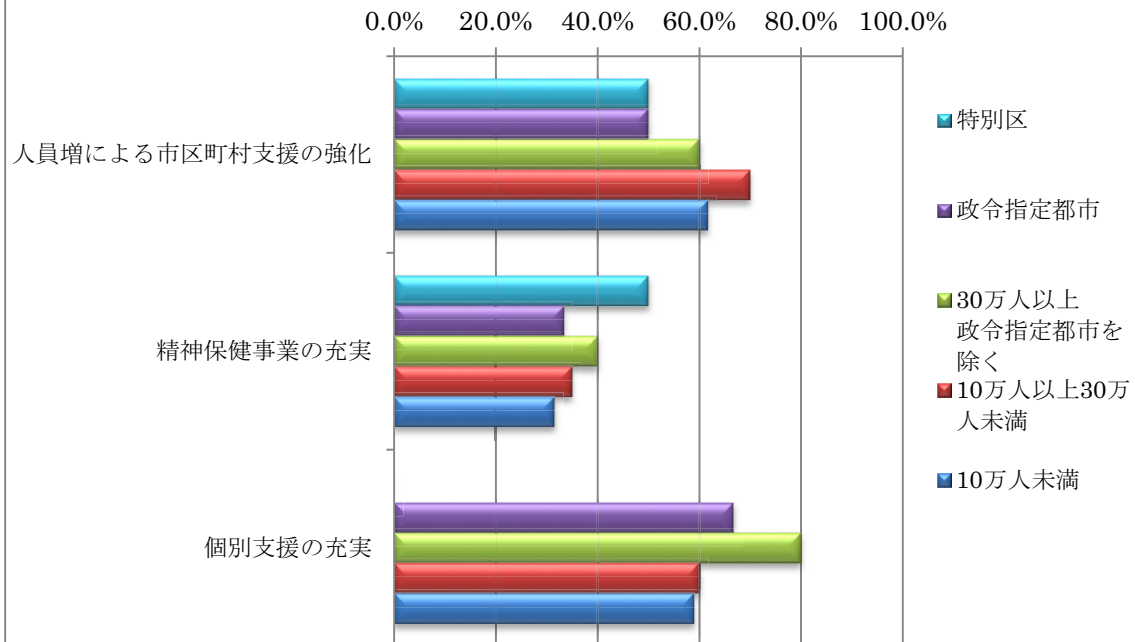
【市町村】IV 4 福祉保健共通 精神保健相談に関する対応の困難さ -
 (4) 困難さの軽減に必要な整備



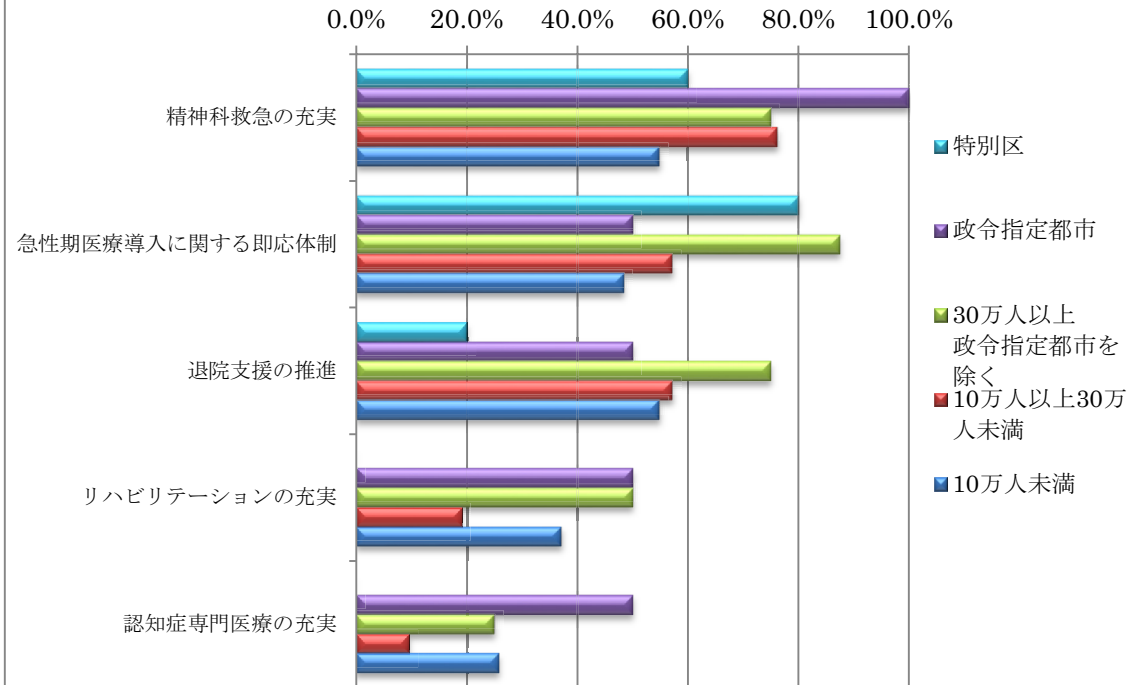
【市町村】 IV 4 福祉保健共通 精神保健相談に関する対応の困難さ
 (4) 困難さの軽減に必要な整備 - 所管課の人員体制の充実



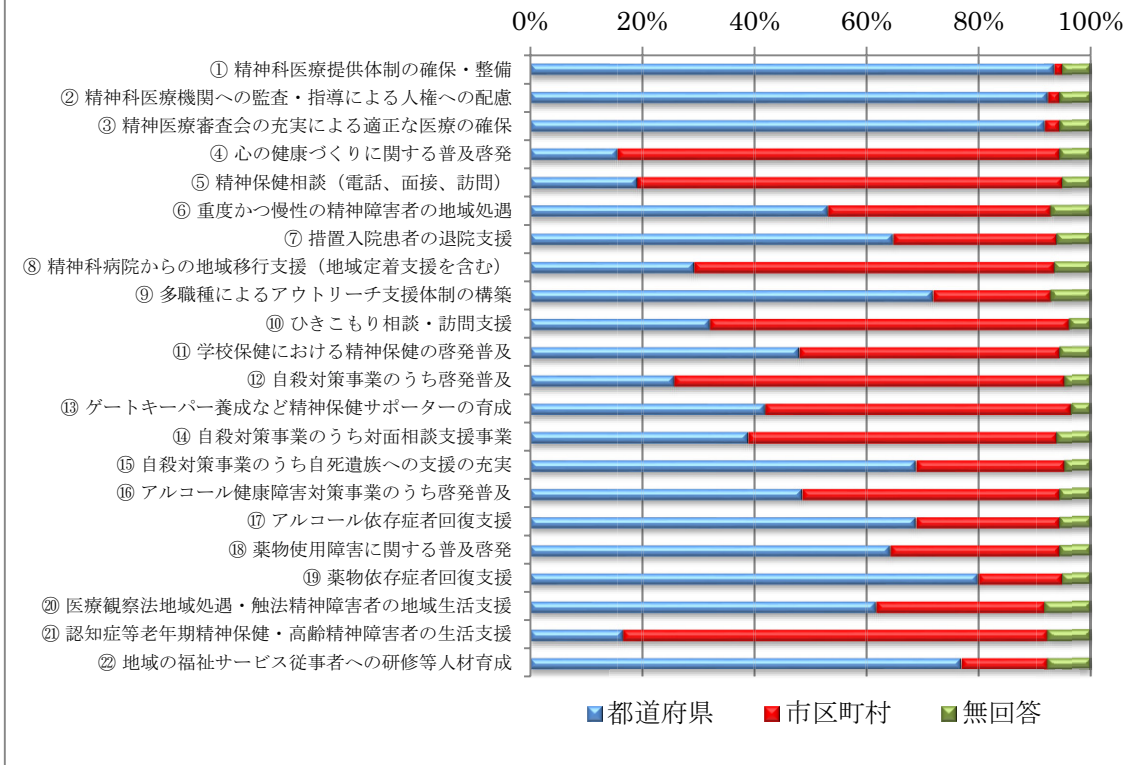
【市町村】 IV 4 福祉保健共通 精神保健相談に関する対応の困難さ
 (4) 困難さの軽減に必要な整備 - 保健所の機能強化



【市町村】IV 4 福祉保健共通 精神保健相談に関する対応の困難さ
 (4) 困難さの軽減に必要な整備 - 精神科病院の機能分化



【市町村】IV 6 - (2) 今後の役割分担
 主たる実施機関と考える機関



第3章 好 事 例

第3章 好事例（ベストプラクティス）

精神保健福祉実践のモデルとなる先進例としての好事例（ベストプラクティス）の調査は、予め選考基準を検討し、作成した質問紙調査票を基に、全国の精神保健福祉センター、関連する学会の理事らに対して、「精神障害者支援の好事例（ベストプラクティス）推薦のお願い」文書を送付し、その回答を基に必要な場合は、現地調査を実施しました。なお、本好事例は、先に世界心理社会的リハビリテーション学会から選ばれた日本の5か所の実践（帯広ケアセンター、やどかりの里、群馬境町の精神保健活動、JHC板橋、和歌山麦の郷）及び日本精神障害者リハビリテーション学会が選んだ6か所の実践（東京大学医学部附属病院リハビリテーション部精神科デイホスピタル、社会福祉法人豊芯会、社会福祉法人浦河べてるの家、特定非営利活動法人ふれあいセンター、医療法人万成病院障害福祉サービス事業所多機能型事業所ひまわり、市川コミュニティ精神保健医療福祉会議）の合わせた11か所を除きました。

全国各地からご推薦頂いた実践は、16か所ありました。書面調査にて、13か所を予め選定して平成27年2月から3月にかけて9名の検討委員・調査委員が手分けして現地調査を実施しました。その結果、12か所を好事例（ベストプラクティス）として選ばせて頂きました。なお、選考基準ではA+からDまでのランクつけで10項目、満点120点での素点をつけましたが、甲乙つけがたく、また必ずしも客観的ではないこともあり、ここではそうした順位つけはしていません。

以下、実践団体名（または施設名）を北から南への順（都道府県・政令市別）で紹介します。
（実践タイトルは目次で紹介）

1. ひきこもり・サポートネットにいがた（新潟）
2. 社会福祉法人巣立ち会（東京）
3. 北部地域リハビリテーションセンター（川崎）
4. 医療法人財団青山会こころの相談センター「チームブルー」（神奈川）
5. E-JAN（いいじゃん）（遠州精神保健福祉をすすめる市民の会）（浜松）
6. 社会福祉法人てりてりかんぱにい（京都）
7. 社会福祉法人 萌（奈良）
8. NPO法人岡山マインド「こころ」（岡山）
9. NPO法人ワークスみらい高知（高知）
10. ジョブサポートセンター八幡（北九州）
11. NPO法人チーム4×4（チーム・フォー・バイ・フォー）（長崎）
12. 株式会社アソシア（沖縄）

ベストプラクティス報告書

タイトル：つながる・ひろがる・ひきこもりネットワーク

副 題：ネットワークを大きな輪に

施設名(団体名)：ひきこもり・サポートネットにいがた

住 所：新潟市江南区五月町1-2-9

代表者名：三膳 克弥

団体種別：社会福祉法人・NPO法人・株式会社・その他（任意団体）

1 事業の対象者

今や全国で60万とも80万とも言われているひきこもりの社会問題化は新潟においても例外ではなく、数年前より市民団体等が中心になりながら、各種支援活動が展開されてきた。しかし、その全体的かつ総合的な支援体制は充分と言えず、各団体の特性を生かし切れないまま各々の支援の隙間が生じているのが実体と言える。そのため、当事者や家族へのよりきめ細かな支援を図るため、有機的な連携体制を強く感じた。そこで、当事者と支援者が共に支え合いながら苦しさを乗り越え、社会参加しやすい環境をつくるため、ネットワークを設立することになった。

この趣旨に賛同する個人や団体を対象としている。個別相談を通してつながる場合もあれば、サポートネットワークが主催するイベントを通してつながる場合もある。

2 活動の内容と特徴

「みんなでひきこもりに悩む人を支え合い、社会参加しやすいネットワークをつくる」という理念のもとに活動をしている。

- ・相談・連携事業
- ・普及、啓発事業
- ・社会参加への環境づくり事業
- ・調査、研究事業

2カ月に1回の全体会を中心に各事業ごとにプロジェクトを開催し、イベントの企画や会報の発行などを実施している。

3 沿革

「不登校やひきこもりの当事者や家族支援のために、わたしたちがなにかできることがないでしょうか？」と新潟市こころの健康センターの問いかけから始まりました。

ひきこもり関係団体が集まって、平成19年8月ごろに検討会議の準備会が発足しました。ひきこもり当事者や彼等をとりまく人たちの表現の場を作ろうではないかと支援団体や個人を巻き込んだ形で開催されたのが、「ひきこもりARTFORUM～はじめの一步展」でした。平成20年3月15日(土)に午前10時から午後8時まで新潟市民プラザ（NEXT21）で実施されました。

内容としては、

- ・展覧会「私のこころが話をしている、外にむかって・・・」

ひきこもり経験者や、ひきこもっている人、その家族の作品の展示

- トーク&ミュージックライブ

ひきこもり当事者とこころの病を抱えた者のみで構成される表現者集団【k-BOX】によるライブステージ

- 関係団体の活動紹介ブース・相談コーナー

ひきこもりをテーマに活動している団体の紹介

- 講演会&インタビュー形式によるセミナー

「ひきこもりからの回復～親たちの10のステップ・若者たちの10のステップ」

「もっと知りたい・聞いてみたい!～『ひきこもり』のあのこと、このこと」

- トークセッション

分科会・・・「ひきこもりの今」「ひきこもりの支援」「ひきこもりの未来」

パネルディスカッション・・・「これからのひきこもりを考えよう」

というものでした。

今後も同様な活動を継続していこうということになり、定期的に話し合いの場を設けてきました。回を重ねる毎に、悩み苦しんでいる人たちの姿が改めて浮き彫りにされてきて、支援ネットワークについての認識が高まった結果、平成22年8月に「ひきこもり・サポートネットにいがた」が立ち上がりました。当時は、ひきこもり支援センターがなかったのでネットワークを作るために民間団体が声を上げて動いていきました。

現在も全体会を2カ月に1回、定期的に会議を開催し、各団体の困りごとなどをネットワークを通して解決を図っていくという対応を継続している。例えば、ひきこもりはリバンドすることが多く社会に出たが戻ってくることもある。その場合、つまりいた場所に当事者が連絡を取ることができない場合などネットワークを通して調整し、お互いに連絡を取り合いながら丁寧につなぎ直すようにしている。また、ひきこもりの人は、なかなか歯医者もいかず、我慢していることが多い。ネットワークを通して、歯科医に訪問してもらい問診してもらった事例もある。

4 実績

ネットワークの団体がどういうことをしているのかなど関係機関の得手不得手を把握し活用することが、ひきこもりの当事者が一歩出ることにも役立っている。1つの団体では難しいことが、ネットワークを組むことによって可能になる場合もある。

例えば、「KHJ」で対応した当事者が一歩出られるようになり、サポートネットの中の「若者サポートステーション」を紹介した。さらに、ハローワークのパソコン教室につながった。その結果、現在は「KHJ」と「若者サポートステーション」と一緒に支援している。サポートネットの団体を通して別の団体とつながるなど支援の輪が広がっている。

5 組織体制や人材育成

- 会員

正会員・・・この会の目的に賛同して入会した個人または団体で、全体における議決権を有する。

賛助会員・・・この会の目的に賛同して入会した個人または団体で、全体会における議決権を有しない。

オブザーバー・・・この会の目的に賛同して入会した個人または団体で、正式な発言権および

議決権は有しない。

・運営委員会

本会の事業運営の企画・立案・推進・提案を担う。また、一般団体が活動しやすい環境を整えると同時に管理事務・会計業務を行う。(概ね5団体で構成する。個人参加も可能である。)

・一般団体及び個人

全体会での決定事項を受け、各団体の特性を生かし、具体的な活動を行う。

- ・本会は顧問を若干名置くことができる。顧問は運営委員会が任命するものとする。
- ・運営委員会(個人)および事務局の選出全体会で協議し、多数決により決定する。
- ・本会の運営委員会の任期は2年とする。但し、再任を妨げないものとする。
- ・本会の会議は全体会と運営委員会とする。また、各事業によってプロジェクトチームを設け個別に会議を開く。
- ・運営委員会は原則月1回定期開催する。必要に応じて臨時運営委員会を開くことができる。
- ・全体会は年に原則4回開催され、運営委員会の提案を討議・承認する。必要に応じて臨時全体会を開くことができる。
- ・本会の運営費は会費・寄付金・その他の収入をもってあてる。

・構成団体

① 正団体会員

NPO法人KHJにいがた「秋桜の会」/NPO法人AZ(自立支援ホーム「たいむ」)

NPO法人にいがた若者自立支援ネットワーク伴走舎/第一高等学院新潟校

NPO法人新潟県高度情報社会生活支援センター/自立支援の会G&T

NPO法人にいがた・オーティズム(地域活動支援センター「スタンバイ」)K-BOX

アーベルの会/通信制高校サポート校新潟中央学院/中島映像教材出版

新潟市発達障がい支援センターJOIN/新潟地域若者サポートステーション

新潟青陵大学「不登校・ひきこもり」研究会/寺小屋ありがとう/リラックス

特殊医療法人水明会 佐潟荘/新潟市ひきこもり相談支援センター

新潟大学社会連携研究センター/日本歯科大学ひきこもり支援チーム

② 個人会員

心理セラピスト 寺島幸優

③ オブザーバー会員

新潟市こころの健康センター

6 活動の評価

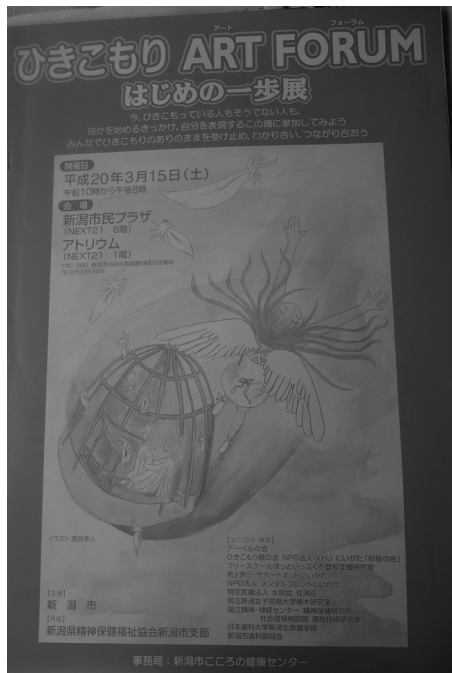
- ・「ひきこもり」を軸に多角的にネットワークを構築している。そのネットワークは、行政機関、民間団体を始め関係団体はもちろんのこと、個人会員までつながっている。さらに映像会社など一般的な企業もかかわっている。
- ・継続的な会議等により、モチベーションを維持しネットワークを継続している。
- ・ネットワークに属する団体の特性を把握し、当事者や家族にかかわる課題に役立てている。

7 今後の課題や抱負など

- ・一歩も外へ出られない人をどのように把握し、支援していくのか。そのためにも、啓発活動を続けていくことが大切。親の立場として言えることは、「ひきこもり」の「ひ」の字だけでピンとくる。会や講演会に参加しようと思うが、どこにあるのかわからない。民間だけ

でなく行政の立場からも、啓発を進めてほしい。行政と関わりがあるということで参加する人の安心感につながることもある。行政にできないことを民間がやればいい。例えば、行政は休日・夜間の相談は難しく、担当者が変わってしまうことがあげられる。ひきこもりの場合、週末に父親がいることで当事者とぶつかり相談が必要になることもある。また、当事者は対人関係が苦手なので、担当者が変わってしまうとなかなかなじむことが難しい場合がある。

調査委員：(斎藤 秀一)
(中村 征人)



ひきこもり ART FORUM はじめの一歩展 作品一覧

No.	種別	タイトル	氏名
1	絵画	いぼご	長谷川 ありか
2	写真	My Tommy	石田 つか
3	音楽	KUDOMO PIANO	Rui(ルイ)
4	絵画	愛護	Yoshi
5	詩	心の季節雨	まいまい
6	音楽	Home with Yippy	Yippy
7	音楽	Isak of Yippy	riku
8	写真	家の中で暮る夢	R.Y.
9	絵画	ゆめの青春展	P.N. はじめ
10	絵画	夢	P.N. はじめ
11	作文	詩	匿名希望
12	絵画	100%の確に書いた絵巻	陣雪
13	絵画	外の世界、私の世界	チーたん
14	絵画	はるとなつ	渡辺
15	絵画	誰か、つがなで髪短い方が好きってことで	渡辺
16	音楽	鉄屑(新編) (英語)	渡辺
17	絵画	お方と藤太郎	渡辺
18	絵画	わくわく・ハートフル・ファンシアンドゥール	渡辺
19	絵画	「風」	森 貴青
20	詩	夢り、そしてその先	梶井那生
21	絵画	夢が降り落ちた日に僕が思う事は...	WATTAN
22	絵画	いびつな、ありのまま	WATTAN
23	絵画	metamorphose - 脱皮	WATTAN
24	絵画	千年の夜	WATTAN
25	詩	「知らない」音楽	WATTAN
26	詩	「あと一歩」(無題)	Erica
27	イラスト	秋・海月・女	Erica
28	絵画	壁の通りの立体」です。	塩田研究室 展の 根 基村美行
29	絵画	このままで、空は?	人生決戦、再び、前進移動開始
30	絵画	雨降珍食	人生決戦、再び、前進移動開始
31	音楽	あみくもみ	Daisuke
32	音楽	船	樋口晴佳
33	絵画	パピロ	本間道昭
34	絵画	心のSOS	Risa
35	音楽	THE DREAM	K-A
36	絵画	つば(1989-2003,2008年制作)	文目げん吉
37	絵画	つば(2007年制作)	荒井謙太郎
38	絵画	夢ころ、夢ころ(2006,2008年制作)	荒井謙太郎
39	詩	「Noise」より	荒井謙太郎
40	詩	「ふり」より	Kuu
41	詩	「ふり」より	Kuu
42	詩	「夕べの夜更け」より	Kuu
43	絵画	脱出成功!!	Kuu
44	絵画	外への恐怖	Kuu
45	イラスト	書いて	鬼見隼人
46	絵画	書いて	鬼見隼人
47	オブジェ	書	鬼見隼人
48	絵画	あてんしん〜長巻の一端〜	翔子
49	写真	「かみたち」あざやか	鬼見隼人
50	写真	「Natural」	新潟県立女子短期大学生生活福祉部 藤村 Y. MaSa M.I.

【はじめに】

『ひきこもり』という言葉が、使われるようになってからずいぶん経ちました。いわゆる「ニート」問題など、社会に生きづらさを感じる若者たちは、減る気配がありません。そのような中、現在ひきこもっている人、過去にひきこもった人、家族や友人、そして『ひきこもりってなに』という人……さまざまな人たちにとって「はじめの一歩」となることを祈り、このイベントを企画しました。

【全体プログラム】

1階 アトリウム	時間	6階 市民プラザ
観覧会開始 (10:00~20:00)	10:00	
トーク・ミュージックライブ part I 司会 Kacco, Red 演奏 K-BOX (10:00~11:00)	10:30	関係団体の活動紹介ブース・相談コーナー(開始)
	11:00	講演会・セミナー (10:30~17:00) 「ひきこもりからの回復～わたしの10のステップ」 著者たちの10のステップ 生員准院長 中垣内 正和氏 インタビュー形式によるセミナー 「もっと知りたい、聞いてみたい」 「ひきこもりのあのこと、このこと」 中垣内 正和氏 フリーアナウンサー 小野沢 裕子氏
	12:30	関係団体の紹介タイム (12:30~13:00)
トーク・ミュージックライブ part II (13:00~14:00) 司会 Kacco, Red 演奏 K-BOX	13:00 14:00	トークセッション (14:00~16:00) コーディネーター 市嶋 彰氏 コメントーター 中垣内 正和氏 ①オリエンテーション ②3つの分科会 A ひきこもりの今 B ひきこもりの支援 C ひきこもりの未来
	16:00	③パネルディスカッション(全休命) 「これからのひきこもりを考えよう」
	17:00	関係団体の活動紹介ブース・相談コーナー(終了)
観覧会終了	20:00	

ベストプラクティス報告書

タイトル：長期入院者の退院・地域移行・定着支援とメンタルヘルスに不調を持つ人々への支援

副題：リカバリー志向の地域実践

施設名(団体名)：社会福祉法人巣立ち会

住所：東京都調布市小島町2-55-4

代表者名：田尾 有樹子

団体種別：社会福祉法人・NPO法人・株式会社・その他（ ）

1 対象

巣立ち会の活動は、精神科病院の長期入院者の退院・地域移行・定着支援活動から始まった。後で紹介する「巣立ち風」「巣立ち工房」「こひつじ舎」という通所事業所に通う8割以上が統合失調症である。しかし現在は広く心の病を持った人々への支援や精神疾患の早期支援による病状悪化の防止など実践の対象を拡大している。とりわけ、思春期に特化した支援やうつ病のリワーク支援などメンタルヘルスの今日的課題にも意欲的に取り組んでいる。

2 活動の内容と特徴

巣立ち会のスタートとなったミッションは、社会的入院の解消である。その根底には、社会的入院が重大な人権侵害であるという思いがある。病院のソーシャルワーカーであった現理事長の田尾有樹子は、20数年前を振り返って、こう話す。「精神科病院には、病状は安定して寛解状態であるにもかかわらず、戻るべき家族がいないとか、地域に生活の足場がないため、長期に入院している患者が大勢いました。この人たちが退院して地域で暮らせる仕組みを何とか創りたいと考えました」。掲げている主な理念は、エンパワメント（自尊心を持って生きる）、ピアサポート（助け合う仲間がいる）、リカバリー（病気や障害があっても、安心して生きがいを持って地域で生活できる）の3つである。最近ではイギリスからこの分野のリーダーであるジェフ・シェパードやジュリー・レバー氏を招聘しての講演会の開催や「リカバリーカレッジ」と呼ばれるところの元気回復市民講座を開催するなどとりわけリカバリーへの思いは強い。その結果もあると思われるが、ミッションも明らかに拡大している。今日では、社会的入院の解消だけではなく、広く心の病を持った人々への支援へと広がっているのが特徴である。

ここで、主な事業やプログラムや活動の内容を紹介する。第1に、通所事業所である。巣立ち会には、「巣立ち風」「巣立ち工房」「こひつじ舎」「シンフォニー」という4つの通所事業所がある。定員はそれぞれ20名から50名であるが、実際の利用者は4か所合わせて286名（2014年10月1日現在）おり、体験利用者を含めると310名と多い。「巣立ち風」と「巣立ち工房」は、三鷹市にあり、多機能（就労継続支援事業B型・自立訓練）の通所事業所で、利用者の平均年齢も50歳代で、単身者中心であることから約半数の人が生活保護を受給している。「こひつじ舎」は、西調布にあり、平均年齢は46.5歳と前二者よりはやや若い。「シンフォニー」は、調布市にあり、主に若者向けの認知行動療法やソーシャルスキルの学習など自立訓練を実施しており、平均年齢も28.6歳と若い。

第2に、居住支援活動である。先に紹介した通所事業所は、障害者総合支援法の下で全国に

続々と立ち上がっており、事業所数も多い。しかし、全国的に見れば居住支援は未だ弱く、巣立ち会の存在は群を抜いている。1992年、最初に立ち上げた「巣立ちホーム」から今日まで開設したグループホームは、8か所あり、合計87居室に67名が支援を受けながら暮らしている。また、グループホームではない民間アパートなどで暮らす42名にも支援をしており、合わせて109名（平成26年11月1日現在）の居住支援を展開している。

第3に、精神病性疾患の早期発見、早期支援の活動である。「Coler」と呼ばれるユースメンタルサポート活動を展開している。最近では、発病から治療につながるまでのタイムラグ（DUPと呼ばれる精神病未治療期間）が長ければ長いほど予後が不良であることが明らかにされ、出来るだけ早い段階から薬物療法とともに手厚い心理社会的支援の重要性が指摘されている。巣立ち会ではそのために精神病に苦しむ若者の早期発見、早期支援に取り組んでいる。具体的には就学や就労などの個別相談、家族支援、訪問相談、医療機関や役所での手続き、学校や職場への同行支援、生活リズムの改善やコミュニケーションの練習などのグループ支援、認知行動療法や集団心理療法、WRAP（元気回復行動プラン）、当事者研究など様々な展開をしている。

そして第4に、就労支援である。なかでも「ルポゼ」と呼ばれるうつ病専門の職場復帰支援（リワーク）・就労支援が行われている。ここでは、あくまで利用者本人のペースや希望に沿って利用期間を定めている。また、受け入れや開始時期に制限を設けず、速やかに利用が可能であること、かかりつけの医療機関を替える必要がない、充実したプログラムと柔軟な個別支援の体制、様々な社会資源や制度を活かしたサポート、離職者の就職活動・再就職の支援などを売りにしている。

このように、通所支援や居住支援や地域生活での相談活動を中心に全体の活動は展開されているが、若者や復職をめざすうつ病者にも就労支援活動が行われている。また、精神障害者の市民権の回復や権利擁護に熱心であり、かつ、市民の理解を得る活動も地道であるが展開している。

3 沿革

社会福祉法人巣立ち会は、1992年6月から調布市や三鷹市周辺の地域で始まった定員4名のグループホームや共同作業所づくりが始まりである。その後、2000年までに、巣立ち共同作業所、巣立ち工房、巣立ちホーム調布、巣立ちホーム調布第2、こひつじ舎を立ち上げ、2002年に社会福祉法人を取得している。その後も、グループホームや通所事業所を次々と立ち上げ、2005年位は、三鷹市から精神障がい者地域自立支援事業（ピアサポート事業）を受託、東京都からは精神障害者退院促進支援モデル事業を受託し、活動の根幹事業が形成されていった。2008年からは、特定相談支援事業「野の花」を設立し、その後、うつ病復職者支援「ルポゼ」の立ち上げ、早期介入・早期支援ユースメンタルサポート「COLOR」の立ち上げ、シンフォニーの竣工、こひつじ舎の新築・移転などで今日に至っている。

4 実績

今や、退院促進・地域移行・地域定着支援活動では、巣立ち会の存在はこの分野ではあまりにも有名である。巣立ち会のグループホームや通所事業所などを利用して退院した精神障害者は24年間で228名に及ぶ。これらの長期入院経験者は、共同生活援助（グループホーム）入居者の平均年齢が55.1歳となっており、通所事業では就労継続B型利用者が145名と中心的な事業であることがわかる。また、退院支援から現在まで継続利用している119名の調査では、平

均入院期間が11年11か月、その後の巣立ち会の利用平均が8年3か月で、その平均年齢は57.8歳となっている。男女別では、男性79名、女性40名で、103名（87%）が統合失調症の診断を受けている。グループホームでは、6か所が通過型（他の2か所は滞在型）であるために、グループホームから民間アパートへ移行していった利用者も多い。これらグループホームを卒業していくOBの支援も夕食会への参加、職場訪問やアパート訪問で継続している。

就労支援では「ルポゼ」の活動が実績を積み重ねている。平成26年11月20日現在の終了者総数87名の転機を見ると、復職52.8%（47名）、再就職30.3%（27名）と8割以上が就労復帰している。また、Colorの活動では、現在13歳から29歳までの44名の利用者があるが、これまで58名が終了している。利用者は三鷹、調布だけでなく周辺の市区町村からの利用者も半数以上いる。支援の中心は、就学や家族支援などであるが、都立高校（チャレンジスクール）を訪問し、スクールカウンセラーや特別支援コーディネーター、養護教諭とも連携している。

5 組織と人材育成

現在スタッフは73名（常勤29名、非常勤44名）である。常勤者の内訳は、精神保健福祉士が23名と一番多く、社会福祉士1名、臨床心理士1名、資格なしは3名などとなっている。非常勤者では、臨床心理士13名など専門職だけではなく、市民の感覚を活かした主婦や当事者スタッフもいる。また、サービス管理責任者が8名おり、法人全体の運営は理事会であるが、実務はサービス管理責任者が中核である。

研修や教育活動などにも熱心で、月1回の内部での勉強会、外部の研修会への派遣、講演会の実施など力を入れている。しかし、スタッフの9割が女性であり、出産、子育てと仕事の両立を環境的に整備していくことも課題と思われる。

6 活動の評価

巣立ち会は、発足以来、グループホームや通所事業（福祉的就労）を次々と立ち上げ、20年以上の歴史的蓄積があり、また最近では、若者支援やうつ病者の復職支援など将来も発展するモデルを間違いなく示している。なかでも最大の特色は、入院中心から地域生活中心への流れを促進する優れた実践であることにある。この基調にあるものは、生活の質や豊かさを求めているが、あくまでもお膳立てではなく、利用者の主体性を尊重した活動となっている。現在リカバリーの普及に力を入れていることからその精神を知ることができる。

行政との関わりや連携関係では、三鷹市、調布市及び東京都と深く結びついた連携を基に実施している。また、若年層の支援では高校など教育機関や医療機関との結びつきが良くできている。

地域や市民との結びつきでは、三鷹や調布地域で、あらかじめ地主や大家さんの理解を得て、グループホーム専用設計してもらい建ててくれた物件を次々と賃貸契約していくなど地域の連携に強みを発揮している。

7 今後の課題

ここでは調査委員の立場から、期待と抱負を述べたい。まず、通所事業では、大半が就労継続B型であるが、製品加工だけではなく、その作業内容を農業や飲食産業にも広げてほしいと考えた。

グループホームはこのまま次々と立ち上げることで「ゲールの里親」ではないが、社会的入院者を受け入れた地域としての日本モデルを示すことができるのではないだろうか。

うつ病の復職支援や若者支援は社会的も関心と需要があり、今後も発展させていってほしい取り組みである。しかし、精神性疾患の早期発見・早期支援はまだ始まったばかりのところが多く手探り感もあるだけに、大学や医療機関との連携した研究的なプロジェクトの立ち上げも必要と考える。

最後に、地域との関係強化である。三鷹（人口18万人）や調布（人口22万人）は、比較的福祉資源がそろっていて住みやすい町と言われる。精神障害者が町で暮らすのは、「しっそり？と棲む」という意味ではない。リカバリーした市民としての存在感ある豊かな暮らしの実現のために、今後も市民的権利の獲得に力を入れてほしい。巣立ち会は、今後も新しいメンタルヘルスの諸課題に挑戦しながら、自己完結型ではない広範な地域ネットワークのモデルを三鷹、調布地域で提供していくと思われる。

調査委員：（田中 英樹）



新★築立ちホーム調布

新しいマンションはとても住み心地がいいです

一階は郵便局です

株式会社 築立ち会

築立ちホーム調布第5

料理にも慣れました。

綺麗！

週に2回みんなで食べる夕食は、美味しいです。仲間が居ると安心！

自分の部屋があるって最高です！

株式会社 築立ち会

シェアリングハウス

南向きのベランダは、太陽がいっぱい！

新しいお部屋、ゆっくとくつろげます！

お隣が、築立ち風の作業所。とても便利で安心です。

株式会社 築立ち会

築立ちホーム三鷹第二

株式会社 築立ち会

築立ちホーム三鷹第二

株式会社 築立ち会

築立ち風

株式会社 築立ち会

通所施設①



シンフォニー

調布駅南口徒歩5分
平成24年9月より事業



株式会社
築立ち会

通所施設②



通所施設③



新こひつじ舎



株式会社
築立ち会

ベストプラクティス報告書

タイトル：官民協同によるネットワークづくり

副題：精神保健福祉の包括的なシステムづくりをめざして

施設名(団体名)：北部リハビリテーションセンター

住所：川崎市麻生区百合丘2-8-2

代表者名：所長 森江信子

団体種別：社会福祉法人 NPO法人 株式会社 その他(地方自治体)

1 対象

- ・川崎市北部(人口37万人)市民及び地域の関係機関職員
- ・地域の支援困難な当事者・家族

2 活動の内容と特徴

(1) 理念

官民協同による地域精神保健福祉の充実

・総合性

障害者種別を問わずあらゆるニーズに対応
各専門機関や相談機関との連携、役割分担

・専門性

一次相談機関のバックアップ、コンサルテーション
複雑困難事例への対応およびパイロットスタディ

・地域性

キャッチメントエリアを限定。生活に密着したサービス
地元のNPO法人、医療保健福祉機関との密な連携

(2) 事業の内容

① 多摩・麻生精神保健福祉担当者連絡会

官民協同による危機介入と救急の相談体制の構築を目指して、区役所、警察署、消防署、医療機関、百合丘障害者センター等が参加して、年4回の会議を夜間に開催している。

② 北部メンタルヘルスネットワーク会議

官民協同による地域リハビリテーションの構築を目指して、区役所、相談支援センター、医療機関、百合丘障害者センター等が参加して、年4回の会議を夜間に開催している。

③ 地域の支援困難当事者・家族に対する多職種アウトリーチサービス

3 沿革

平成12年以来、川崎市ノーマライゼーションプランを始めとする一連の川崎市地域リハビリテーション計画の策定に基づき、平成20年、川崎市北部の多摩区、麻生区人口37万人を管轄する北部リハビリテーションセンターが、1か所目の地域リハビリテーションセンターとして設立された。北部リハビリテーションセンターの活動は、平成20年のアジア太平洋精神科医会議において、日本の地域精神保健福祉活動のベストプラクティスの1つとして推薦された。これ

は、福祉の間に位置する発達障害や高次脳機能障害等を含め障害を問わず、地域の支援困難な当事者・家族への多職種アウトリーチチームによる多機関連携支援の取り組みが評価されたものである。

また平成22年には、アジア太平洋メンタルヘルスディベロップメントプロジェクトでパートナーシップをテーマに日本のベストプラクティスに選出されている。

北部リハビリテーションセンターが設立される前から、多摩・麻生精神保健福祉担当者連絡会議が、多摩麻生の精神保健福祉を考える会を中心に行政機関、民間の相談機関や医療機関の相互理解を促進することを目的としてインフォーマルに開催されていた。

現在は、多摩・麻生精神保健福祉担当者連絡会議は区役所と北部リハビリテーションセンターの共催という形で開催されているが、その実施は現在でも緩やかな形が残っている。

その後、さらなる発展性を期待することと、単一の機関がかかえることの大変さから複数の機関でサポートしていこうという趣旨から北部メンタルヘルスネットワーク会議が、平成20年度から準備がされ平成22年度からスタートした。

4 実績

多摩・麻生精神保健福祉担当者連絡会議は、サービス必要時の（緊急）介入と警察署や救急（消防署）への精神保健福祉普及啓発と業務相互理解を目的に実施され、支援について深めていくというよりは、障害の有無に拘わらず誰もが安心して暮らせる街づくりを目指したものである。

多摩・麻生精神保健福祉担当者連絡会議が継続することによって、顔の見える関係作りができ、警察署や消防署の職員の精神保健福祉業務に関する理解が進んだ。そのことにより、警察官通報や地域でのトラブルの際に、お互いに相談や情報共有しやすくなり、複雑困難事例についても北部リハビリテーションセンターのアウトリーチチームを核に複数機関で役割分担することによって、担当者の精神的負担の軽減や支援の円滑化が促進されるようになった。また、警察官との同行訪問等によって緊急時の早期介入等が図れるようになった。

可能な限り強制的介入や措置入院のような形になる前にネットワークを活用して障害を持ちながら地域で暮らす人々をサポートしていくことを理想として会議を進めている。

北部メンタルヘルスネットワーク会議は、事例検討を中心とした支援を深めていくための会議となっている。事例の提出は、持ち回りで提出してもらっている。

北部メンタルヘルスネットワーク会議は、医療機関、保健所（区役所）、相談支援センター等多機関が、各々の視点によってアセスメントしていく「アセスメント機能」がある。また、医療機関の受け入れが困難な事例を医療機関だけで抱えるのではなく、地域の機関との連携により本人の目標を見出しながら複数の機関により継続した支援を行う、「治療・対応機能」がある。

両会議を継続するための苦勞としては、関係機関の職員が異動し人が入れ替わっていくと、当初の意図が伝わっていない部分が出てくることである。サービスの届かない人へサービスが届くような支援をするという根幹の部分がぶれないように担当者として注意している。

北部リハビリテーションセンターの他の事業との関連
精神保健福祉センター分室機能として、市民対象の精神保健普及啓発講演会の開催や障害者福

祉サービスの相談事業所や高齢者福祉領域の相談事業所の職員を対象とした、精神保健福祉に関する研修や、アディクションに関する研修を実施することによって、精神保健福祉に関する知識を修得してもらい、精神保健福祉に関連した問題の発見、支援の促進を図っている。

地域移行・地域定着支援、ひきこもりの事例等について、区職員と合同に支援を実施しているが、医療機関や相談支援事業所がかかわっている事例については、北部メンタルヘルスネットワーク会議における事例検討の対象となっている。民間事業所ではできない支援を公的な機関に求めてくる部分があり、相互の協働した形での支援をリードしている。

5 組織体制

(1) 北部地域リハビリテーションセンター

百合丘障害者センター

精神保健福祉センター分室

更生相談所分室

在宅支援室

百合丘地域生活支援センター（ゆりあす）

百合丘日中活動センター

(2) 連携

多摩・麻生精神保健福祉担当者連絡会議の参加機関

多摩区役所、麻生区役所

百合丘障害者センター

多摩警察署、麻生警察署

多摩消防署、麻生消防署

精神科病院、クリニック（多摩・麻生区内）

北部リハビリテーション会議の参加機関

多摩区役所、麻生区役所

百合丘障害者センター

相談支援センター（多摩・麻生区内）

精神科病院、クリニック（多摩・麻生区内）

6 活動の評価

民間機関による自発的に運営されていた多摩・麻生精神保健福祉担当者連絡会議があり、そこに北部リハビリテーションセンターが設立されたことにより、北部メンタルヘルスネットワーク会議が誕生しているが、それは決して多摩・麻生精神保健福祉担当者連絡会議が直接的なきっかけで誕生したものではない。しかし、多摩・麻生精神保健福祉担当者連絡会議の影響があることは確かであり、双方の会議が緩やかな関係性の中で展開されているといえる。

また、多摩・麻生精神保健福祉担当者連絡会議は民間主体で誕生しているが、北部リハビリテーションセンターが設立されたことにより行政が取り込む形になった。しかし、その運営は、民間主体の研究会的な雰囲気が残っている。会議は夜間の開催であるが、北部リハビリテーションセンター主催ということで関係機関の出席はしやすい条件となっているといえる。また、市民を対象とした普及活動の企画も協働して実施している。まさしく、民間と行政の協働であり、双方の良い点が活かされた実践となっている。

サービスが届かない人、福祉の間になってしまう人に対して、この会議が有効であったかに

については、相談支援センターが他の障害に関する相談を受ける中で、精神保健福祉に関連した問題を発見する事例が散見されるようになった点があげられる。

7 今後の課題

北部リハビリテーションセンターの担当者は、両会議が継続していくことでネットワークが成熟していけばという思いがあるが、機関の担当者の異動により、会議の根幹がぶれることがないように注意しなければならないと考えている。

また、認知症対策や自立支援協議会との関係強化などにより、両会議を中心として地域包括ケアに発展していくことを志向している。

調査委員：（伊東 秀幸）

ベストプラクティス報告書

タイトル：こころの相談センター「チームブルー」

副題：精神障害者アウトリーチ推進事業の経験から相談支援事業所の展開

施設名(団体名)：医療法人財団青山会こころの相談センター「チームブルー」

住所：神奈川県三浦市南下浦町上宮田3118

代表者名：所長 武津 美樹

団体種別：社会福祉法人・NPO法人・株式会社・その他（医療法人）

1 対象

- ・地域住民
- ・相談関係機関

2 活動の内容と特徴

(1) 理念（基本方針）

本人の望む生活の実現（夢や希望を持って自分らしく地域で生活できるように支援する）

本人主体の支援・本人の意向を尊重する（対象者の可能性を信じる、成功体験を大切にする）

本人の長所（ストレングス）に着目する

生活の場の活用（地域生活を楽しむ視点を大切にする）

それぞれが大切な一人として関わり合い、よき理解者となる

(2) 事業の内容

三浦市の委託相談、自殺防止対策、計画相談を実施している。

計画相談は、ここで100%となる。

なお、これまで三浦市内には相談事業所がなかった。

【大型マンションでの茶話会】

480世帯18棟のマンションがあり、5階建てだが階段だけでエレベーターがない。そこに70歳以上の高齢者が300人いる。分譲マンションのため、安易に引っ越すことができない現状がある。

マンションの区長さんから、高齢者の問題をどうにかしなければならないと話があり、茶話会を実施することになった。月に1回、保健所、地域包括支援センターなど関係機関と連携し、市とタイアップして茶話会を開催している。高齢者の引きこもり防止なども目的にしている。茶話会の内容は、話し合い、脳トレ、グループワーク。

話し合いのテーマは、老々介護の問題、認知症の話、老後の費用の問題、相続、成年後見制度。葬儀、治療について事前に話していこう。精神疾患の話題になると家族に精神障害者がいるなどと話しに出てくる。

3 沿革

平成24年度から、精神障害者アウトリーチ推進事業を神奈川県から委託を受けて、福井記念

病院が「チームブルー」を組織し、横須賀市、三浦市、鎌倉市、葉山町を範囲として事業を展開した。具体的には、精神科未受診者、中断者を対象に、保健所、市町村、相談支援事業所等からの依頼を受けて、アウトリーチを実施してきた。未受診者に関しては、必ず保健所等行政と一緒に支援を行った。

相談は、当初、保健所、地域包括支援センター、生活保護担当者、訪問看護ステーション等関係機関からの依頼とし、その後、件数が伸びないことから、後半は家族からも相談を受けることとし、家族会などで周知を行った。そのようなことから、家族の代理受診の話が相談されるなど、問題が顕在化していった。

当初予想していたよりも未受診者より中断者が多かった。また、未受診者としても精神科については未受診であるが、一般科については受診しているケースが多かった。統合失調症の40歳代が多いと想定していたが、高齢者が多く、ゴミ屋敷、単身で支援を拒絶しているケースなどであった。

チームブルーのスタッフが直接支援を進めていくというよりは、すでに支援者がいる場合が多く、関わって見立てをして繋いでいくという取り組みが多かった。

2年間の実績は、22ケースを対象とした。そのうち、死亡したケースが2事例。1事例は突然死。2事例目は、関わりが始まったところで本人から身体的なSOSが出て一般科につながったが、末期がんで死亡した事例であった。多くのケースが入院となったが、それだけ重篤なケースに関わっていたといえる。

介護保険の事業所の職員は、精神保健福祉がわからない。合同勉強会、退院までの仕組み、病院への問い合わせの仕方などを勉強する機会を設けた。逆に介護保険のことを教えてもらう場面も設けた。

地域包括支援センターは、地域に定着している。民生委員も何かあると地域包括支援センターに相談に行く。相談事業所には、相談に来ない。介護保険の仕組みが見えてきて、地域包括支援センターが困ったところをホローするようになった。

平成25年度で事業を終了するにあたり、これまでの対象者を放置することはできないということで、指定特定相談支援事業所、指定一般相談事業所を立ち上げることになった。精神障害者アウトリーチ推進事業を実施したことによって、相談支援センターに様々なことがつながっている。

4 実績

(精神障害者アウトリーチ推進事業の実績)

支援者が関わることによって揺さぶられると本人からの反応が現れる。これまでは、その部分については家族にお任せであったが、夜間に対応できるよう体制を整備し、家族からの電話を受けられるようにした。

推進事業を行ったことにより病院が変わったのは、中断を出さない、受診をしなくなった患者に対して注意するようになった。退院がゴールではなく、地域生活の継続が目的となり、生活を見ているという姿勢に移っていった。

保健所の変化は、かかわりが継続する中で、これまで保健所としては事件が起こらないと関われないと考えていたケースについても、現状でのかかわりを見出すことができるようになった。チームブルーは、時間的な余裕がある中で濃密なかかわりができるところが保健所と違う

ところ、そのようなかかわりの中で、新たな支援の方法が見出されたということである。また、かかわりの中から、生活保護担当者も動けるようになり、関係機関、関係職種も変化した。

そのようなことから、チームメンバーを前面に出て支援をする人と見立てをする人に分けた。すなわち、ケースについて、少し距離を持ってみられるスーパーバイザー的な役割をする人を設けるようにした。

こころの相談センターになって、市民の相談が精神障害者アウトリーチ推進事業の時に比べて増えた。かつて、民生委員の会合に出向いてアウトリーチの説明をした。しかし、アウトリーチを行っているときには直接民生委員からの相談はなかった。説明に出向いたことは現在につながっており、相談支援センターに直接民生委員からの相談が来るようになった。ただ、相談支援センターにいて相談を待っているという姿勢ではなく、アウトリーチをしていくことを大事にしている。

(精神保健福祉センターとの関係)

精神障害者アウトリーチ推進事業の対象かどうかをアセスメントするケア会議があり、そこに保健所、精神保健福祉センターがかかわり評価をしていた。また、管轄の3保健所の調整役、コンサルテーションとしての役割を担っていた。

(事例から学んだこと)

生活背景が重要で、この人は、何を大事にしているか、生活の中からその人を理解する、空間の中から見立てていくことの重要性を学んだ。

また、拒否することもその人のニーズととらえ、全てに理由があると考えることの重要性も学んだ。例えば、怒鳴ることも意味があると。そもそもこちらのことを認識しているから怒鳴っていると考えるようになった。

誰が訪問したら上手くいくのか、そのようなことを判断することも重要である。また、週1回訪問することは多いのか少ないのか。これまで人が来なかった家にどの程度の頻度で訪問したよいか、そのようなことを考えながら実践してきた。

受診する精神障害者は、病院に対して治してほしいというニーズを持ってきている。地域に住む精神障害者は、様々なニーズをもっている。そのことを知ることで、病院の精神保健福祉士を教育するうえで良いことであった。

5 組織体制

(精神障害者アウトリーチチーム)

専任の精神保健福祉士及び看護師と、医師、作業療法士、事務は、病院職員の兼務で実施

6 活動の評価

精神障害者アウトリーチ推進事業の実践から、利用者や地域に対する責任性を持つために相談支援事業所を立ち上げ、支援の継続や地域住民や行政機関、関係機関との関係性の保持増進を確保している。

さらに、アウトリーチ推進事業からの学びが相談支援事業の実践に活かされているほか、単に相談を待っている姿勢ではなく積極的にアウトリーチしていく実践や、地元行政等との協働

で、大型マンションの高齢者対策にかかわるなど地域福祉の推進にも寄与している。

7 今後の課題

訪問看護ステーションの立ち上げや訪問診療の実施など、地域生活の継続を医療面から支える社会資源の創出を課題と考えている。

調査委員：（伊東 秀幸）

ベストプラクティス報告書

タイトル：「遠州ノ地ニ生キル幸セヲ」実現させる地域・社会作り

副題：遠州から広がる精神保健福祉のストレングス・ネットワーク

施設名(団体名)：E-JAN (いいじゃん)

(遠州精神保健福祉をすすめる市民の会)

住所：静岡県浜松市中区曳馬二丁目8-19

代表者名：大場 義貴

団体種別：社会福祉法人・NPO法人・株式会社・その他 ()

1 対象と目的

心の病を持つ人やその他の障害を持つ人に対して、その社会復帰や社会参加の支援に関する事業を行い、ノーマライゼーション社会の実現に寄与することを目的としている。

2 活動理念と組織

「E-JAN (いいじゃん)」は、「NPO法人遠州精神保健福祉をすすめる市民の会」の通称である。E-JANとは、「E (Enshu：遠州) 遠州地域をベースに、J (Joyful：楽しく) 仲間と共に楽しく、A (Action：行動) 考えるよりもまず行動、N (Network：繋がり) 人との繋がりを大切に」の略で、「いいね」の遠州弁「いいじゃん」ともかけられている。

活動理念は、①精神障がいを抱えているからと言って地域で住みにくい、好きなことを自由にできない状況や、支援される側だけではなく、時には支える側にも立つような当たり前の社会関係を地域で営むことができるような社会づくり、②その人らしい生き方ができるような社会づくりをするために、ボランティアや家族、ユーザー、専門職が一体となって、いろいろな立場や特性を生かしてこころの健康について取り組み、豊かな住みやすい地域づくりである。

E-JANの組織は、「事務局」、「ボランティア部」、「支援部」、「何でもかんでも研究所」で構成されている。「ボランティア部」では、交流会、理解啓発事業、タケノコ事業、E-JAN通信の発行・ホームページの管理を実施している。「何でもかんでも研究所」では、体験発表会、自殺対策地域対策プロジェクト、思春期メンタルヘルス調査(平成24年まで)、WRAP、アイデアのタマゴが実施されている。支援部では、障害者相談支援事業、ひきこもり相談支援事業、若者地域サポートステーション事業を実施している(図1)。平成25年1月時点で、個人会員20名、団体会員17団体で構成されている。

3 沿革

平成7年当時、浜松市内で精神障がい者が利用できる施設は、通所授産所が1カ所、作業所は0カ所、援護寮・グループホームが0カ所。一方、救護施設は5カ所(新浜松市)であり、精神障がい者は精神保健福祉法ではなく、生活保護法で支えられていた。大場氏ら有志が、地域の現状と先進地との差にジレンマを感じていた頃、地域で精神障がい者が元気になっていくことを目指し勉強会を始めたことがはじまりである。「西遠地区精神保健福祉を实践する会」として活動を開始しメンバー間での意見や情報交換、ネットワークの構築、社会福祉協議会と共同でのボランティア養成講座開催などに取り組んだ。

平成9年、団体メンバーも市民の1人であるとの認識に立ち、「遠州精神保健福祉をすすめる市民の会（E-JAN）」へと名称を変更した。途中、様々な意見は出たものの平成19年まで社会福祉事業は行わずに地域のネットワーク構築のために、他団体支援、普及啓発、人材育成を中心に取り組んだ。

平成8年頃、「西遠地区精神保健福祉を实践する会」のメンバーから、「援護寮は必要」「生活支援センターが設置できることも、今後、地域へ出ていくためには非常に有用」との意見が出された。また、地域で唯一の授産所の職員であったメンバーから「うちの土地にグループホームを立てられるよ」と提案されたことで話が一気に進んだ。その土地は、地域から親しまれた美容院の土地で、近隣とはなじみの関係ができていた。そのため、便利な市街地にもかかわらず、地域住民の反対はなく設置することができた。その場所に、E-JANの事務局を置くことになり今の原型が作られた。

平成14年、行政の精神保健福祉施策への実践的提言、地域精神保健福祉の推進、地域活動を円滑化、精神障がいへの普及啓発の促進等を目的に特定非営利法人（NPO法人）を取得し現在に至っている。

4 活動内容と実績

E-JANの主な活動は、①「定例交流会」、②「サロン活動」、③「啓発事業（運動会）」、④「コンサート実施」、⑤「メンタルヘルスセミナー」、⑥「ボランティア養成講座」、⑦「自主制作ビデオの作成」などである。

①「定例交流会」は、発会当時から続いているもので、毎週第2土曜日に開催されている。各機関の専門職（主に精神保健福祉士）、ボランティア、学生、ユーザー、家族など20名ほどが参加している。所属や立場を抜きにした関係の中で、地域のことやE-JANについて意見交換が行われている。②「サロン活動」は、週3回開所されている。ボランティアとメンバーが対等な関係で協力し合い運営されている。食事作り、地域交流会のバザー品の作製や準備、お楽しみサロンとしてクリスマス会、旅行など企画し実施されている。③「啓発事業（運動会）」は、社会福祉協議会との共催で各機関の若手職員が中心となり企画・運営を行い、ボランティアや学生とも協力し各機関のユーザーを招いた合同運動会が行われている。また、災害用アルファ米で炊き出しをして、災害時の食事体験も行われている。④「コンサートの実施」は、地域で音楽活動を行っている個人や団体に協力し、音楽をとおした交流や理解啓発を行う目的で100人規模のコンサートが行われている。⑤「メンタルヘルスセミナー」は、一般市民を対象に全5回で思春期・青年期のこころの健康からうつ病、または精神疾患、精神障がい、社会復帰など、こころの健康に関する正しい知識と理解を促進することを目的として行われている。⑥「ボランティア養成講座（委託事業）」は、浜松市からの委託事業で精神保健福祉ボランティア養成講座が行われ、毎回30名程度が受講した（現在は受託していない）。精神保健福祉の現状や体験発表、芋煮会での交流、施設への体験実習など行い、知識と理解、また実際に触れる体験をすることで、精神保健福祉に興味関心を持ってもらう機会となっている。受講生の中には、その後E-JANの活動に参加する人もいる。⑦「自主制作ビデオの作成」は、平成13年の活動の一環として、地域の社会資源の紹介ビデオを、専門職、メンバー、ボランティア、学生と協力して作成している。そのビデオが、大学の授業、精神科病院の病棟内、精神障害者退院促進支援事業、ボランティア養成講座、学習会などでも利用されている。今までに作成されたビデオは、平成13年度「くらし」（自主事業）、平成18年度「退院促進支援」（県事業）、平成19年度「くらし2」（WAM事業）を作成している。

その他の取り組みとして、平成19年10月には、「E-JAN発会10周年記念事業 ころの健康と精神障害者の自立や社会参加に関する理解啓発事業～コノ地ニ生キル幸セヲ～」を竹島正氏（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長・自殺予防総合対策センター長）の協力のもと企画・実施している。FMラジオ局のライブハウスをギャラリーに仕立て、展示は地元の芸術系大学生、運営は福祉系大学のボランティアが協力して、全国各地の精神障がい者の絵画を展示している。また、メンタルヘルスセミナーや記念講演会・シンポジウムを実施し、自主製作ビデオ「くらし2～ココカラハジマル～」を上映している。4日間で650人を動員し、テレビ、ラジオ、新聞等でも取り上げられている。平成23年8月には、浜松市（精神保健福祉センター）が主催の「浜松市自殺対策推進事業いのちをつなぐ手紙～未来へのメッセージ～」の運営に携わる。日野原重明氏（聖路加国際病院理事長）が参加され、約1500人を招待してミュージカル「葉っぱのフレディ～いのちの旅～」を上演し、交流イベント「絆～きつとずっとななかま～」を実施している。また、イオンショッピングセンターにて作品展、パネル展・命をつなぐ手紙の展示など毎年継続して実施している。これらの取り組み実績から、「2014年度子どもと家族・若者応援団表彰（内閣府）」を受賞している。

5 活動の評価

E-JANが活動理念と市民性を調和させて活動し続けている理由はいくつかある。その一つはネーミングにある。まず、団体名を「遠州精神保健福祉をすすめる市民の会」という「市民」を基本とした名称とし、通称「いいじゃん」の遠州弁と「E-JAN」の活動理念を組み合わせている。そのため、「地域住民は方言を用いることで団体に対して親しみを持ち、活動参加者は普段の言葉で意見交換し、時に行き詰っても「いいじゃん」と難しく考えないようになった」とのこと。

そして、もう一つは経緯にある。活動当初から浜松医科大学精神科教授が参加し、大学も団体会員となっていた。また、精神障がい者の社会的偏見問題などに関心を持たれていた中井準之助氏（浜松医科大学2代目学長）が会長になり、社会的信用を得ながら地域精神保健福祉活動を推進した。また、会自身もNPO法人化することで、その特徴である自主性、個別性、迅速性の特性を活かし、事業とボランティアの中間に位置づくミッションベースの活動を展開している。そうして、市民が中心となった地域づくりの推進、地域のネットワーク化と地域資源の活用、新たな公共サービスの供給主体、自己実現や社会貢献の場の提供を行っている。

このように、地域性と市民性を基礎として、専門性、素人性、当事者性を取り入れた事業実施やネットワーク活動をとおして人や機関同士の交流が生まれている。その中で、地域の課題を考え企画し実行できる地域の人材や外部の専門家などがE-JANの活動に参加や協力することで人や機関が育成されていく。その人材が他のネットワークとつながりを持つことで、その人を介したE-JANとの交流が生まれネットワークの広がりが展開され続けている（図2、図3）。

6 今後の課題、抱負

E-JANの今後について、地域や人材が育ってきている実感を抱いているが、専門性に偏りかけている。そのために、NPO法人とは別に株式会社を実施主体として地域精神保健福祉活動を推進していくこと。

次に、学校との連携に取り組んでおり、適応指導教室のスーパーバイズや学校教諭との勉強会を行っている。現在、教師用のテキストを作成し、思春期メンタルヘルスリテラシーとして、

精神保健福祉センター・教育委員会連携の元、教員のための研修会を行っているが、精神疾患の早期発見のみで終わるのではなく、子どもたちや保護者と、こころの健康の保持・増進について、どのように話し合うかを課題としていること。

次に、地域の人材育成と交流について、聖隷クリストファー大学の社会福祉学部の学生は、9割が地元に残り保健医療福祉施設等の支援機関で就職する。それらの人材をどう取り込んでいくのか検討していくこと。

最後に、市民活動では、バザーやこころをテーマに扱った絵本の朗読会など行っている。NPOのインターンシップを検討している。地域の中から若者を支援したいという事業所、ウミガメの孵化を支援している団体があり、市民活動からのさらなるネットワークの構築に取り組んでいくことなど挙げられた。

そして、ネットワークは広がり続けているがE-JANの組織を大きくすることは考えていない。それぞれの土地でそれぞれの地域に沿った活動を展開してもらえばいいと。

調査をとおして、精神保健福祉の枠にとらわれず、市民性を大切にし、地域に根差した地域づくり、社会づくりは今後も続く。この取り組みは、精神障がい者のスティグマという鎖からの解放に寄与していると感じた。

※本稿掲載の図については、大場代表理事の御厚意で資料提供していただいた。

調査委員：（早稲田大学：田中 英樹）
（愛知県瀬戸保健所：中村 征人）

図1 E-JANの組織

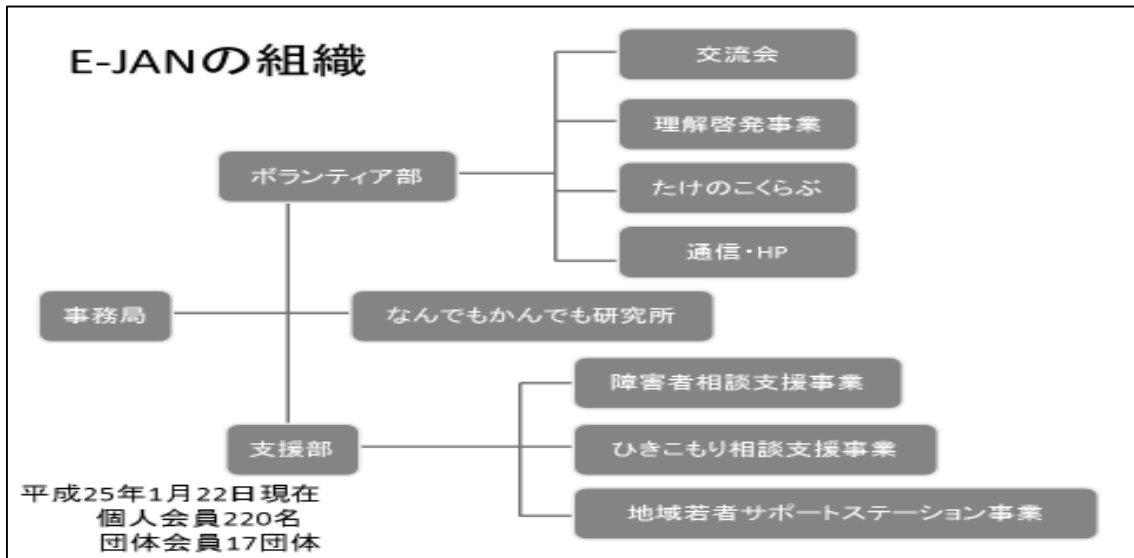


図2 浜松市における精神保健福祉ネットワーク

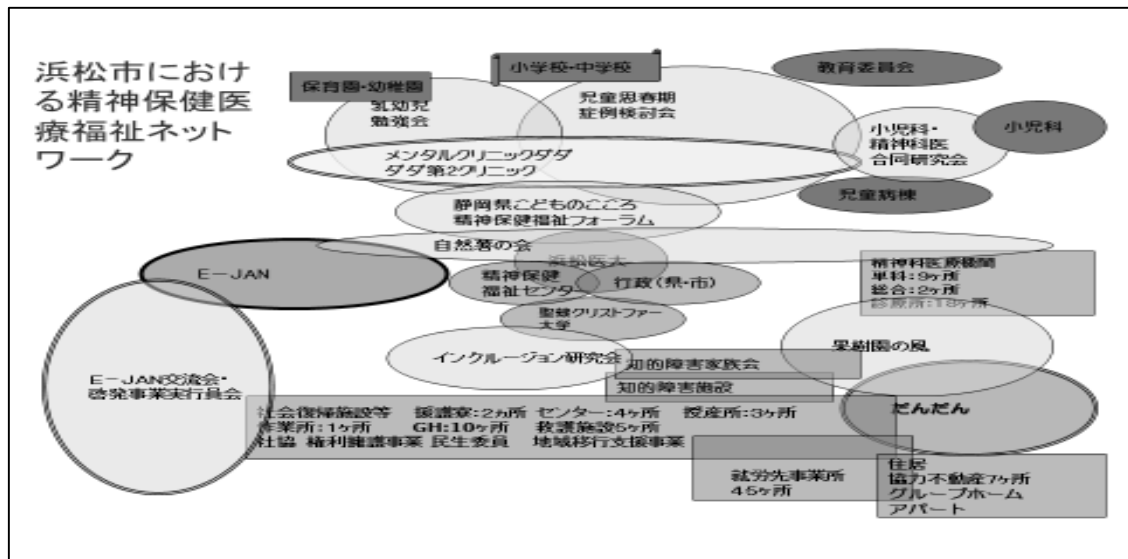
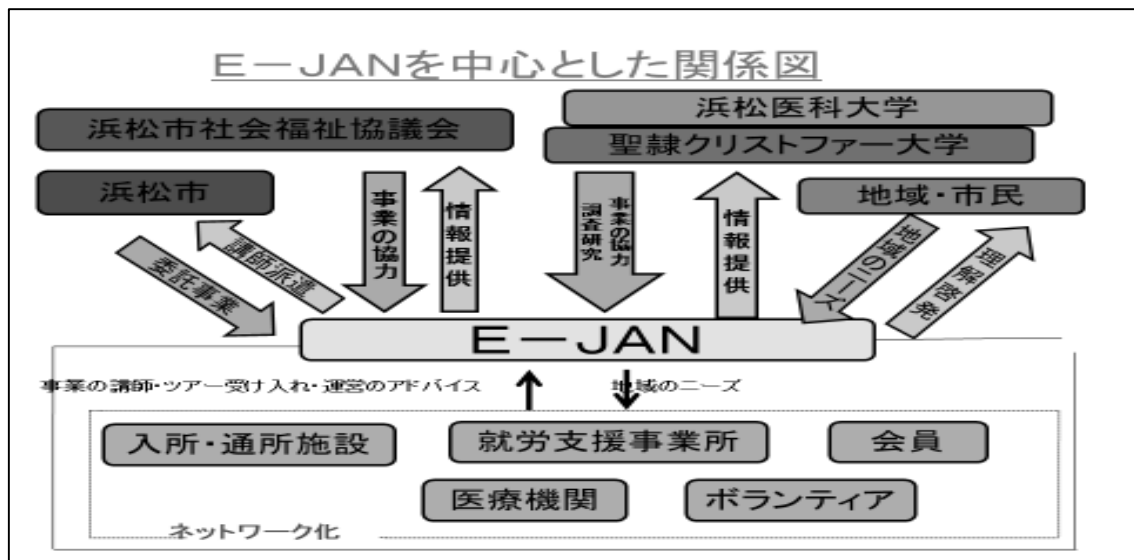


図3 E-JANを中心とした関係図



ベストプラクティス報告書

タイトル：精神障害者の働ける場づくり

副 題：社会福祉法人てりてりかんぱにい

施設名(団体名)：社会福祉法人てりてりかんぱにい

住 所：京都府京都市下京区寺町通仏光寺下る
恵美須之町534番地

代表者名：濱垣 誠司

団体種別：社会福祉法人NPO法人株式会社その他（ ）

1 精神障害者の働ける場づくりを中心とした地域自立生活への支援と地域啓発活動

社会福祉法人てりてりかんぱにいには、就労継続支援B型事業所である「カフェ ジョイント・ほっと 寺町」と「カフェ ジョイント・ほっと あらしやま」の2か所のカフェ店舗営業を中心に、製菓の製造販売、個別の仕事づくりなど精神障害者の働ける場づくりを中心とした地域生活支援を展開している。「カフェ ジョイント・ほっと 寺町」は、「下京区寺町通りの仏光寺下る」にある。JR京都駅から地下鉄で2つ目の四条駅で降りて徒歩10分と繁華街に近い京都のど真ん中である。一方、「カフェ ジョイント・ほっと あらしやま」は、右京区嵯峨柳田町にある健光園あらしやまの4階に2014年7月にオープンしたばかりである。調査では、「ジョイント・ほっと」と相談支援事業「陽なた」の吉田久美子施設長にお話を伺った。

2 活動の内容と特徴

○「カフェ ジョイント・ほっと 寺町」は、繁華街ではないが、何人もの観光客も行き交う通りに京都らしい木の温もりがたっぷりの民芸調なお店を構えている。精神障害者の地域自立支援（カフェレストラン運営、菓子工房、内職、清掃業等の業務を通じて対人関係及び病気との向き合い方など生活全般のスキル向上をめざす）事業が主力である。この活動はお客様に直に接する店舗だけではない、多様なユニットの存在が特徴である。喫茶店舗（厨房、パントリー、洗い場、ホールなど各曜日の第1～3グループに所属し接客・調理・洗い物などをする）、製菓工房（毎週月・火・木・金曜日にケーキやクッキーなどを作る）、洗濯（制服やエプロン、フキンの洗濯）、事務（店の売上げを日報に記録したり、パソコンに入力したりする）、渉外（外部への販売や見学者の案内など対外的な部門を担当）、他にも、清掃、販売・納入、サブワーク、内職、個人ワークなどさまざまである。また続けて、就労継続支援A型事業所への移行や一般企業での実習支援も行っている。また、仕事以外の時間は2階の休憩場で過している人が多い。TVを見て過ごす、マッサージ機で横になる、世間話を楽しむなど人それぞれである。ジョイント・ほっとでは「仕事」をすることと同じくらいにこの時間を大切にしているという。レクリエーションやパソコン同好会、コーラスグループなど同好会活動も熱心である。また、新たに開設した相談支援事業所「陽なた」では、サービス等利用計画の作成などを行っている。

○精神保健福祉の社会啓発活動

市民向けの講演会の実施や被災地ふくしま支援、ボランティア育成、地域ネットワークづくり、市民交流活動も展開している。

ジョイント・ほっとから数分歩いたすぐそばに、「下京ふれあいサロンふう」が存在する。ここは、京都市の独自事業である「こころのふれあい交流サロン事業」の一つとして2007年10月に開設された居場所である。オープンは、月・火・木・金で、11時から16時までである。コーヒー、紅茶、焼き菓子など100円～150円の実費で頂ける。

“障がいを抱える人もそうでない人も、いろいろな立場の人が自然に交流できる場”“地域のわかちあい、たすけあい、そだちあい、こころよせあい”という理念のもとに、利用するものみんなで居心地よい居場所作りをしようと、「下京こころのふれあい交流サロン実行委員会」が運営している。「KSKPてりてり」通信（年3回）や、「メールマガジン ジョイント・ほっと通信「ほっとな今」」なども定期的（月1回）に発行している。

○精神保健福祉従事者の人材育成事業

京都市内の大学では、佛光大学、花園大学、京都大学医学部、京都光華女子大学、立命館大学、同志社大学などで講演するだけでなく、種智院大学や専門学校、通信制の大学など毎年10名以上の実習生を受け入れ、さらには学生インターシップ実習生や福祉教育を展開している高校からの実習生、看護学部からの実習生、若者サポート支援事業や生活困窮者就労チャレンジ事業実習生など人材育成も熱心に展開している。

本法人のスタートとなった理念は、「誰もがこころをてりてりと輝させる笑顔あるまちづくり」である。てりてりかんぱにいの理念は、次のように表現されている。「てりてりかんぱにいは、出逢いを大切に、それぞれが歩んできた人生と今を尊重し、人に学びます。てりてりかんぱにいは、一人ひとりの可能性を信じ、何度でも挑戦できる場を育みます。てりてりかんぱにいは、いのちと絆を守り、互いを認め合う地域の最良のパートナーとしてともに歩みます。てりてりかんぱにいは、こころとからだにやさしい豊かな環境づくりに貢献します」「ジョイント・ほっと」が大切にしていること、それは「いま自分がここにいるんだ」と感じあえる場所づくりにある。その人がその人でいられる場所、ホッとできる空間づくり、ひとりひとりの悩みやつらさを共有し、夢を語り、笑顔と自信に変えていけるよう、人のつながりを土台に活動してきている。てりてりかんぱにいは、今の社会の中で障がいを抱える人たちが当たり前で暮らせる地域をつくることを軸に、誰もが安心して暮らせるための事業に従事している。

3 沿革

社会福祉法人てりてりかんぱにいの前身は共同作業所であった。吉田さんは、「15年前に精神に障がいを抱える人たちが、地域で安心して生活できることを目的として作業所を立ち上げました。精神障害に限らず、私たちの周囲には、生活のしづらさを抱えている人たちは沢山います。お店で働いたり、また、お客さまとしてお越しいただくことで、少しでもほっとしてもらえたらと思い、日々活動をしています。今後とも「やさしいまちづくり」をめざして取り組んでいきたい」と話す。吉田さんは上智大学文学部社会福祉学科を卒業後、東京都板橋区にある成増厚生病院医療相談室に勤務し5年間精神科ソーシャルワーカーとして入院中や外来の患者さんと関わる。その時から、入院中の患者さんたちが地域で生活することはできないか考え、上司である寺谷隆子さんが地域で作業所設立していく過程を手伝ったりしていた。縁あって、京都に来て20年。1996年10月に、複数の病院のPSWらに呼びかけて新しい形の精神障害者共同作業所の開設を検討し、翌年4月から「お茶の間」を開設。1998年には、週1回オープンの「お茶の間喫茶」を開設する。1999年には週3回営業の「喫茶ジョイント・ほっと」を開設。こうして小さな居場所から始まり、2002年には特定非営利活動法人の認証を経て、2005年には

社会福祉法人てりてりかんにいを設立。四条寺町を下がった場所で小規模通所授産施設ジョイント・ほっとを運営し、障害のある仲間たちと共にカフェレストランを営業している。その後、2014年に4月に相談支援事業「陽なた」の活動を始めて、今日に至っている。

4 実績

就労継続支援事業B型の2014年度の活動実績を見ると、月平均25.3日の開所、在籍メンバーは、35名（男性14名、女性21名）で、平均年齢が45歳程度で、通所者の1日平均では15名が利用しているなど決して人数が多いわけではない。利用者の工賃は、時給380円で、利用者一人当たりの月平均作業時間30時間では、月平均約12,400円という。B型ではややいい程度である。それでも、就労支援プログラムとして街中でのカフェ運営は、京都にお似合いである。てりてりかんにいの強みは、利用者主体の視点を重視し、利用者に寄り添った支援ができる力量ある手厚いスタッフ層や社会福祉法人格という責任と信頼の裏付けが関係者の評判を呼んでいる。

5 組織と人材育成

現在スタッフは31名（常勤8名、非常勤23名）である。常勤者の内訳は、精神保健福祉士が5名と一番多く、社会福祉士1名、調理師1名、看護師1名などとなっている。非常勤者では、臨床心理士など専門職は少なく、吉田さんの子育てでつながった友人、市民感覚や特技を活かした地域の主婦や、当事者スタッフもいる。この規模の法人ではスタッフ数は多い。研修会の取り組みも意欲的である。利用者にすばらしい支援を行うために、スタッフの力量を高め、共通理解と情報の共有をもたらすために、月1回の内部研修会と全国的な研修会にスタッフを派遣している。

6 活動の評価

てりてりかんにいは決して大きな規模ではない。就労継続支援B型事業所としてのみ評価すると、2、3か所の施設経営であれば、どの県にも同レベルの法人は存在するとも思える。しかし、ここを訪れた瞬間、「どこか違う？」という感触を得た。街中でのカフェ運営だからだろうか。可愛らしいメニューのせい、有機栽培の香り高いコーヒーのせい、手作りの美味しいヘルシーな和食によるのか、それらだけではない。「街の中のオアシスのような空間をめざしており、職員同士の連携には自信を持っています」と話す吉田さん。さまざまな経験や資格を持つスタッフやたくさんのボランティアが関わっている。

てりてりかんにいは、関連する事業所の連携を始め、京都市や下京区福祉事務所、社会福祉協議会、教育機関、地域ともよく連携がとれている。地域では、祇園祭神興、夏祭り、町内地蔵盆、町内新年会などにも参加している。内部のチームワークも良いが、京都駅ビル内のハートプラザKYOTOにある京都ほっとはあとセンターでの販売実習など、外部とのチームワークも良い。

てりてりかんにいは社会貢献活動にも積極的である。精神障害者の生活支援に留まらず、長期入院を余儀なくされている人の退院支援、精神障害者の一般雇用の開拓、市民への啓発活動（講演・広報誌発行・イベント企画）を行っている。また、精神保健福祉に従事する人材を育成すべく、実習生の受け入れ、ボランティア活動の支援、大学での講演にも取り組んでいる。また最近では、被爆地ふくしまの支援活動にも取り組んでいる。このように精神保健福祉の環境を整備する事業を行いながら、市民に対しても精神保健福祉の諸問題に関する理解と正しい知識の啓発活動を行い、精神保健福祉の向上に貢献している。

7 今後の課題

ここでは調査委員の立場から、若干のコメントを述べておきたい。

社会福祉法人てりてりかんぱには、どうやら事業所の規模を拡大していく方向はないようである。拡大することは、結果として支援を自己完結的に、いわば新たな地域での囲い込みになると考えているからではないだろうか。むしろ京都の展開は、「こころの交流ふれあいサロン」のように、気軽な居場所や支援の拠点を地域ごとに形成していくのが合っているようである。てりてりかんぱには、下京区のニーズは何か、ここでどんな取り組みが期待されているのか、私たちはどう挑戦できるかを自己主体的にとらえながら、今の日本の障害者福祉はどのような課題があるのかを見据えている。全国に視野を置きながらも、利用者と顔の見える日常の支援関係の中で、これまで以上に「一人ひとりに寄り添う大切さ」を楽しんでいるような吉田さんの笑顔を見ると、ふっとまた京都に行きたくなるような不思議な魅力を感じる。

調査委員：（田中 英樹）
（呉 恩恵）



ベストプラクティス報告書

タイトル：一人ひとりの夢や希望を応援する総合的福祉サービス

副 題：生活支援・地域活動・就労支援を3本柱に！

施設名(団体名)：社会福祉法人 萌

住 所：奈良県大和郡山市小泉73-1

代表者名：理事長 小林 時治

団体種別：社会福祉法人NPO法人株式会社その他 ()

1 対象

奈良県北西部の大和郡山市等6市12町1村において、統合失調症等を中心とした精神障害者を主たる対象として、生活支援・地域活動・就労支援を3本柱として5つのエリアで活動を展開しており、各エリアごとにそれぞれの支援機関を展開し総合的な地域生活支援に取り組んでいる。

2 活動の内容と特徴。

「誰もが生き生きと自分らしく暮らせるこころ豊かな社会の創造」を理念に掲げ、「一人ひとりの夢や希望を応援するために、総合的な福祉サービスを提供する」ことを基本方針として、法人運営及び事業展開がなされている。5つのエリアごとに、生活支援センター、地域活動支援センター、指定障害福祉サービス事業所（主として就労継続支援B型）、ホームヘルプステーション、グループホーム等を整備し、それぞれの有機的な連携による総合的な支援の実現に意識的に取り組んでいる。

【生駒エリア】生駒市

生活支援センター1，地域活動支援センター1，指定障害福祉サービス事業所2（就労継続支援B型），グループホーム1

【郡山エリア】大和郡山市

生活支援センター1，地域活動支援センター1，指定障害福祉サービス事業所3（就労継続支援B型2，就労移行支援1），障害者就業・生活支援センター1，グループホーム2

【西和エリア】生駒郡三郷町・平群町・斑鳩町・安堵町，北葛城郡河合町・王寺町・上牧町

生活支援センター1，地域活動支援センター1，指定障害福祉サービス事業所1（就労継続支援B型），グループホーム1

【橿原エリア】橿原市，高取町，明日香村，川西町，田原本町，三宅町

生活支援センター2，地域活動支援センター1，指定障害福祉サービス事業所2（就労継続支援B型），グループホーム1

【高田エリア】大和高田市，香芝市，葛城市，広陵町

生活支援センター2，地域活動支援センター1，指定障害福祉サービス事業所4（就労継続支援B型），グループホーム1

この他、郡山エリアにホームヘルプステーション1か所、他のエリアには支所が開設されて

いる。指定障害福祉サービス事業所では、パン・ケーキ・クッキー・漬物などの製造、弁当の製造・配達、カフェ・レストラン経営、清掃、軽作業などを行っている。

個別支援においては、保健所や市・町（障害福祉，母子，介護関係，保健センター等）の関係者とケア会議を開催するなど、協働での支援にも取り組んでいる。加えて、精神障害者の地域移行・定着の促進に向け、保健所と連携して研修会や連絡会を開催するほか、現在はピアヘルプに力を注いでいる。

3 沿革

平成10年に郡山地区では初の家族会立作業所を設立。当時、作業所としては県内6ヵ所目であり、県内全域で社会資源が不足していた。郡山エリアと生駒エリアでは二つの家族会が運営する共同作業所2か所等が活動をするようになったが、保健所のバックアップもあり、さらなる発展を目指し、平成13年8月にこの二つの家族会が共同して法人を設立。

その後、ホームヘルプや相談委託事業など不足していた支援を次々と開始。精神保健福祉センターや市町村の協力も加わり、社会資源がない、あるいは不足していた地域において、当事者や家族、関係者の要望などもあり支援サービス体制の整備に尽力、それに伴い施設数、活動エリアが拡大してきた。西和エリアでは民間精神科病院が事業を行っていたが、その後撤退したことからカバーするようになった。高田エリアでは、事業展開していた社会福祉法人が運営困難となったことなどから、平成18年10月には法人を吸収合併。

その後も、エリアごとに様々な経緯で事業を拡大し、各エリアごとに相談支援、働く場、ホームヘルプサービスを揃え総合的支援を実現すべく施設・事業の拡充、発展に組み込み現在に至る。

法人としての活動地域が広く、施設数、職員数も多いことから、法人全体としての一体的運営、職員間の理念の共有などが課題となってきている。

4 実績

平成26年1月に県郡山総合庁舎内にレストラン『Bon Cafe』をオープン、10月には大和郡山市内の柳町商店街の一角にレストランを開設する等、現在もなお発展を続けている。現在は郡山、生駒、西和、橿原、高田と5地区で、生活支援センター6、地域活動支援センター5、指定障害福祉サービス事業所12（就労継続支援B型11，就労移行支援1）、グループホーム6、自立支援住居1、障害者就業・生活支援センター1、ホームヘルプステーション1（支所4）計31施設（支所4）を有し、県北西部一帯をカバーするに至っている。

平成26年6月30日現在、サービス利用者数（延数）は、地域活動支援センター312名、指定障害福祉サービス事業所281名、ホームヘルプサービス90名、グループホーム26名（重複利用あり）。平成25年度実績は、生活支援センターの新規相談者450名、相談者実数1,160名、相談延件数21,043件。就業・生活支援センターは登録者281名（精神障害者133名，知的障害者115名，他33名）、うち124名（44%）が一般就労。

5 組織体制や人材育成

法人本部の下に、各事業・施設については、生活支援部、地域活動事業部、就労事業部の3つの部に分かれ統轄されている。職員は常勤80名余（60名が精神保健福祉士）、非常勤が160名、総勢240名と極めて大規模である。職員の平均年齢は30歳代前半、事業部長職で50歳前後、各施設長は30歳過ぎ位と、若い世代が担っている。

基本的に各エリア単位で事業、支援に取り組んでおり、月1回エリア会議を開催し、より総合

的に連動した支援の実現を図っている。事業部等による会議も月2回開催、各部の連絡、連携を密にしている。法人の理事会も2ヶ月に1回開催し、エリア、部、法人において連携を図っている。

人材育成としては、法人内研修として1年目、2年目職員の研修を実施しているほか、テーマ別研修として、事例検討、SST、「価値」をテーマにするなど、様々なテーマを設定して開催している。さらに、スキルアップ研修を目的とした全大会を、法人の理念や方向性をテーマとし全体会を年1回ずつ開催するなど、法人内での活動、理念、技術等の共有に取り組んでいる。また若い職員の自己研鑽を奨励、学会参加の費用負担などにも取り組んでいる。

6 活動の評価

事業実施地域、施設数、職員数いずれも極めて大規模であり、奈良県北西部の精神障害者の地域生活支援の中心的役割を果たしており、奈良県内有数の法人といえる。それだけでなく、総合的な福祉サービスの提供を目指して、各エリアごとに施設・事業体制を整備、実現してきた。広域・大規模化と、各エリア、各事業、法人全体での有機的連携という、ともすると逆行しがちなテーマを同時に追求し、その実現を図っている。

こういった取り組みが、行政や関係機関に評価され、信頼を得、多くの利用希望と、法人サービス枠内に留まらない、支援の実現に繋がっている。前述のレストラン『Bon Cafe』は、大和郡山市地域自立支援協議会（就労部会）の協議により開設されたものである。

さらに、県内30の事業所が加盟する「奈良県精神障害者地域生活支援団体協議会」に加盟し、精神障害者の不利益などを解決していく活動や、当事者同士の交流、研修を実施するなど、法人の枠に留まらない活動を積極的に行っている。商店街や自治会の防犯パトロール、クリーンキャンペーンなどの行事にも、地域の一員として参加している。

また、毎年1回啓発イベント「萌フェスタ」を、5つのエリアが持ち回りで開催している。平成25年は高田エリア（大和高田市）で開催し、来場者は1,000人を超える大盛況ぶりであったという。以前、施設コンフリクトなども経験したとのことだが、今では地域に溶け込み、しっかりと根を張っていることが窺える。

7 語られた今後の課題、抱負と、調査員の期待など

広域な地域で、エリアごとに法人内での総合的支援を実現してきた一方で、人の生活が一法人や福祉の世界だけで完結しないこと、完結させてはならないことを活動の念頭に置いている。副理事長兼総施設長の吉川郁子氏（精神保健福祉士）は、「メンバー、職員、家族、地域の一人一人の夢や希望をかなえる一翼を担っていきたい。」という思いが法人設立当初の活動の原点。」と語る。今なお変わることはないその思いは、法人の理念として生きついている。法人設立の際に名称を公募し、「萌」が選ばれたという。「若芽が萌え出る、勢い良く伸びて行くとの思いをこめて」とのこと。法人全体での理念の共有をしっかりと見据えつつ、さらなる事業の発展と人材育成に取り組んでいる様子が強く窺えた。

【郡山エリア】指定障害福祉サービス事業所
ふれあい工房（菜食キッチン Bon やなぎ店）（就労継続支援B型）



奥に長い建物で、この後ろに障害者就業・生活支援センター『ライク』（西和エリアから移転）、その後ろに指定障害福祉サービス事業所『ふれあい工房』（就労継続支援B型）がある

近鉄郡山駅から徒歩10分弱程度 柳町商店街の中にあり、自然とご近所付き合いも生まれる環境

本日のランチ 豚のしょうが焼き定食
小鉢が多く、特に女性やお年寄りに好評！
これで550円！！



「メンバー、職員、家族、地域の一人一人の夢や希望をかなえる一翼を担っていきたい。」と優しい笑顔で語る 吉川郁子 副理事長兼総施設長

ベストプラクティス報告書

タイトル：徹底した当事者主体による生きがいづくり

副題：「土着」の生活支援活動と創業とまちづくり

施設名(団体名)：特定非営利活動法人 岡山マインド「こころ」

住所：岡山県倉敷市真備町箭田1679-2

代表者名：多田 伸志 (精神保健福祉士、まきび病院PSW (非常勤))

団体種別：社会福祉法人・**NPO法人**・株式会社・その他 ()

1 どういう人を対象にしているか

対象者は、主に精神科病院と地域で暮らす精神障害者と発達障害者です。地域活動支援センターI型から「地域移行」の機能の業務委託を受け、長期入院者の退院支援に力を入れています。25歳から65歳までの利用者があり、幅広い世代の方にそれぞれの個別支援をしています。(平成27年2月現在)

2 活動内容と特徴(理念、コンセプト、ミッション)

「徹底した当事者主体」「病を隠さず自分を語る」「無いものは自分たちでつくる!」をコンセプトとし実践している。法人正会員33人のうち20人が当事者会員であり、当事者会(毎週1回開催)や定例会(月一回開催)他、理事会や総会でも、当事者が団体運営の議決権を持ち、実質的な意思決定に参画している。

また、徹底した地域とのつながり(『土着』)をコンセプトとし、子どもから高齢者まで「困ったときはお互い様、『ありがとう』が言い合えるまちづくり」を行っている。地区の清掃や祭りへの参加などまちづくり推進協議会や商工会、学校などとの積極的な交流や行政との協働により実践をすすめている。

3 事業の柱、事業名やプログラムや活動の内容

補助金事業として、①グループホーム運営事業(定員14名「長屋まび」「マインドホーム2」、マインドホーム3)と②マインド作業所(小規模作業所¹)運営事業、③地域活動支援センターI型で『地域移行事業』を行っている。

また平成23年には、「マインド基金(1口10万円)」を設立し、市民からの寄付金等(約780万円)を創業資金とし、地ビール醸造・販売事業を開始、併設のビアホールの運営も始めた(社会的企業^{ソシヤルファーム})。補助金なしで「自分たちの働く場」とし、年間約10,000Lを出荷し、地元の商工会や飲食店に大切にされながら「倉敷の地ビール」として黒字で事業展開している。マインド作業所(小規模作業所)は当事者が運営する当事者活動の拠点として、ビール瓶のラベル貼りなど軽作業と、体験発表等での講師派遣や精神科病院との交流会を行っている。地域活動支援センターI型からの「地域移行」機能を受託し、精神保健福祉士と当事者が「地域移行支援コーディネーター」として閉鎖病棟に入り、アドボケーターとして地域移行につなげる動きをしている。マインドの当事者はピアサポートを活発に行いながら、当事者主体の啓発・交流事業を実施している。

また平成19年から毎月第二日曜日に「テーブルまび(真備地域自立支援協議会)」運営事業

1 小規模作業所運営事業：倉敷市が単独で存続させた補助事業。

を継続している（倉敷地域自立支援協議会の公式ホームページで議事録を公開）。当事者中心の自立支援協議会は少なく特徴的な取り組みとなっている。また、「テーブルまびみたいなもの（真備地域関係機関・事業所等連絡会）」も昨年度から発足させ、高齢分野の事業所ともテーブルを囲んでいる。他にも地域啓発・交流を目的とした「ポチポチまつり」や「地ビールと音楽の夕べ」などを毎年行っている。

4 沿革（活動を始めたきっかけ。困難なことを含む）

平成14年に特定非営利活動法人格を取得。きっかけは、岡山県総社保健所の統廃合が決まり、保健所跡地に当事者や地域家族会と一緒に地域活動支援センターを立ち上げよう！との決意からであった。「一緒に、外で暮らそうか」と患者数名に声をかけ、精神科ソーシャルワーカーと小さな小屋をみんなで建て、日曜日に集まる居場所として歩みを始める。平成16年から「啓発・交流事業」を主催。同年、地域にグループホームを開設しようとしたが、反対運動により挫折。その後も地域のイベントや活動に参加しながら「マインド音楽会」「マインド精神保健福祉講座」を開催。

平成19年から倉敷地域自立支援協議会真備版（「テーブルまび」）を開催し、当事者の語りを発信開始。平成23年グループホーム「長屋まび」開所、「真備竹林麦酒醸造所・併設呑み場Beerまび」を開設。平成26年マインド作業所（小規模作業所）開設。平成27年「地域移行」機能を受諾。

5 平成26年度実績

グループホームⅢヶ所（14人・グループホーム利用者のうち既にアパートに転居し単身生活をしている者9人）、小規模作業所1ヶ所（13名利用）、地ビール醸造・販売所1ヶ所（6人が一般就労・地ビール醸造・販売（毎年約10,000L）、ビアホール運営（毎週金・土）。啓発・交流事業（精神科病院へのピアサポーターによるアドボケーター26回派遣・隔週での院内音楽コンサートを30回開催、講演会16回、毎月地域イベントへの出店等）、地域自立支援協議会（テーブルまび）12回開催、「テーブルまびみたいなもの」6回開催。

6 組織体制や人材育成

精神障害当事者がグループホームの世話人や地ビール醸造所・ビアホールで働きながら毎週火曜日に当事者会を開催し、当事者の意向を反映し、法人の意思決定に参画している。「病を隠さず、自分を語る」ことも、一つ一つの話し合いの成果となっており、すさまじい勢いで人間力の回復をしている（もちろん病状も回復している）。

地域活動支援センターから委託された「地域移行コーディネーター」は代表者（精神保健福祉士）が携わっており、マインド作業所（小規模作業所）の当事者活動と連携し、「地域移行」に力を注ぐ。当事者中心の運営を進めていくことについては、サポーターかつ黒子に徹する専門職としての援助技術（専門性）が求められる。代表者（精神保健福祉士）の後継者をどのように養成していくか課題となっているが、現在PSW資格者が5名参画し、法人の理念・手法を学んでいる。

7 活動の評価

(1) 調査員から見た理由、根拠、行政との関わりや連携関係

行政との連携については4点が挙げられる。1点目は、平成21年度から取り組んでいる地域自立支援協議会真備版（「テーブルまび」）の活動である。市障がい福祉課、市保健所、社協、保健師等の参加もあり、毎月1回（第2日曜日）に話し合いを進めている。2点目は、

2 倉敷市が独自に養成している「精神障がいへの偏見除去や心の健康づくり」について啓発し、理解者を増やしていくサポーター活動

「地域移行支援」である。相談支援専門員（PSW）と地域生活を実践している当事者がピアサポーターとして、毎月隔週で精神科病院内でコンサートを行い「地域で一緒に暮らそう」とメッセージを送り続けている。これまで入院生活を体験してきた者からの誘いは、退院に消極的な長期の入院患者に勇気を与え退院意欲を向上させている。行政もバックアップしている。Ⅲ点目は倉敷地域自立支援協議会の精神部会や「かけはし会議（市保健所の当事者会代表者会）」へ当事者が参加し、専門家と同列で話し合い、「当事者部会」の設立を目指している。4点目は倉敷市独自の「くらしき心ほっとサポーター制度」²と連携し、地域の中学校区単位での住民啓発活動に積極的に参画していることである。

(2) 地域や市民との結びつき

「土着」の取り組みは非常に綿密なご近所づきあいとなっている。高齢化が進む地域での用水路や花壇の清掃活動（ボランティア）、自治会への参加、地域の祭りへの参加、地元のまちづくり推進協議会が作るお弁当を町内の高齢者に宅配（友愛訪問ボランティア）するなど積極的に地域に入り込むとともに、所有するビアホールは定休日にお酒の飲める公民館として地域の方に開放し活用しているため、双方向のお付き合いとなっている。

(3) どこが素晴らしいのか。地域でのネットワークがどうなっているのか。

地域との双方向の交流や行政との協働が進められており、「福祉施設」独特の閉鎖的な空間ではなく、地域の中で「ノーマルな生活環境」を開いている。また、事業展開のうち一番の注目点は、社会的企業（ソーシャルファーム）としての取り組みである。当事者主体の役割・仕事場づくりを実践する中で、障害福祉サービスの枠では収まらない、創造性、独自性、先駆性に長けた取り組みとなっている。

「地ビール醸造・販売及びビアホール経営」は、公的資金に依存することなく平成26年度には経営の黒字化を達成している。様々な作業工程（製造、瓶洗浄、瓶ラベル貼り、販売、配達、配送準備、箱詰め、瓶回収、伝票処理、在庫管理、ホール係、厨房、掃除等）があるため、障害特性に合わせて働くことができ、最低賃金を確保していけることが大きなメリットとなっている。また現在、麦芽製造プラントの整備を計画中で、地元産のビール用に開発された大麦を独自に麦芽にすることで、地産池消、6次産業化、生産者との顔の見える交流・仕事づくりに向かっている。

(4) 人材育成の方法

ピアサポート活動では、「病気を隠さない」「相手を思いやる」ことを徹底し、話し合いに時間をかけ、当事者同士が信頼関係を築きながら止揚し合っている。講演会での講師（体験発表）など啓発活動や、「自分たちで商いを」と当事者主体で運営する地ビール醸造所・店舗や「精神科病院での交流会・コンサート」など、多くの当事者ひとりひとりが主役として「生きがい」を感じられる活動となっている。

スタッフについては、所長（精神保健福祉士）の後継者を育成することが課題だが、当事者と共に創り上げる中で、新たなPSWが育ちつつある。

7 語られた今後の課題、抱負と、調査員の期待など

岡山マインド「こころ」は、倉敷市で「土着」し地道に努力し地域に馴染んだ、今なお発展し続ける生活支援及び就労支援の実践団体、まちづくり団体である。

生活支援の取り組みは、現在のユニット（グループホームと小規模作業所）を一単位とし「倉敷モデル」と名づけ、今後市内に5ユニット（5ヶ所）の展開を進めたいと戦略を立てている。精神科病院からの地域移行も確実に進められており、きめ細やかな支援体制が構築されている。併せて、精神障害当事者によるピアサポート活動も充実しており、事業終了後の時間

帯も、お互いが支え合いながら生活している。就労支援の取り組みは、「障害年金＋5万円」を目標とした福祉型の店舗運営（小規模作業所）から、ビジネスモデルでの社会的企業（ソーシャルファーム）に展開した。地ビール醸造は経営も黒字化に展開し、年間出荷量も規定を越え永久免許取得もほぼ決まり安定的な取り組みとなる。いずれも行政との協働のみならず、地元の人々、地元企業や商工会議所からのバックアップ体制が強みとなっている。これらの取り組みは、「自らが病を隠さず」「地域への積極的参加」により、地域住民相互の信頼関係が構築されている「土着」の成果である。今後も当事者のニーズを起源とし、地域に密着し、必要なサービスを創造し発展を続けていく団体である。

岡山マインド「こころ」 <http://mindkokoro.web.fc2.com/index.html>
E-mail:mindkokoro@mbr.nifty.com

調査委員：（呉 恩恵）
（山本 賢）

① 活動の原点となった「地域の居場所」



長期入院中の患者らと精神科ソーシャルワーカーがセルフビルドした「小屋」は、今のその面影のまま活動の拠点となっている。

② 真備竹林麦酒醸造所・Beerマビ



「マインド基金（1口10万円）」を設立
地元の方などから約780万円の寄付を受け本格的な醸造所・併設呑み場Beerまびを開所。
調査員と記念撮影する代表の多田伸志氏
（右；精神保健福祉士）

③ アンティークのバーカウンターや薪ストーブがオシャレな空間



アンティークのカウンターは『オークションでやっと見つけた、出物です』『冬場に、薪をくべ、揺らぐ炎をみながらのビールは最高にうまいですよ』と。

④ 醸造のいろはを熱く語る多田氏



知人の酒蔵からのバックアップを受け、フルーティで爽やかな「ささ」、濃厚でビターなモルト味の「たけ」、黒ビール風の味わいの「やた」の3ラベルを年間約10,000L出荷する。

ベストプラクティス報告書

タイトル：精神障害者の新たな雇用創出

副 題：「ワークスみらい高知」の挑戦

施設名(団体名)：ワークスみらい高知

住 所：高知県高知市梅ノ辻9-9

代表者名：竹村 利道

団体種別：社会福祉法人・NPO法人株式会社・その他 ()

1 どういう人を対象にしているか。

精神障害者(70%)、他は知的障害者、発達障害者、身体障害者である。

2 活動の内容と特徴。

「Not charity, But chance! (保護より機会を!)」をモットーに障害の有無に関わらず、自分自身を精一杯生きることが自立だと考える。既成の障害者観・福祉観にとらわれることなく、その可能性に挑戦できるあらゆる機会を提供することが基本理念である。障害者がより社会のフロントラインに立つために、本物の仕事でなくてはならないと考えている。障害者のために何か仕事ありませんか?になると箱詰めの軽作業しか与えられなく、結果、障害者の仕事の選択肢も限られる。既存の「ちょうだい」でなく「一緒に事業を」と手を差し伸べるような姿勢を持つことが重要であると考えている。

事業内容は、表には就労支援である。ところが仕事をするためには基本的に生活が安定しなければもし就職しても続かない場合があるために、当法人では相談支援や生活支援も重要視している。

- 1) 企業及び団体等を対象にした障害者雇用創出および安定のための調査・相談・支援事業
- 2) 就労支援関係者の人材育成事業
- 3) 障害者の雇用創出及び就労支援事業
- 4) 福祉就労支援事業
- 5) 生活支援事業
- 6) 介護給付事業・共同生活介護
- 7) 訓練等給付事業・自立訓練事業・就労移行支援事業、就労継続支援事業、共同生活援助事業
- 8) 地域生活支援事業・相談支援事業、地域活動支援センター事業
- 9) 公の施設に係る指定管理者の受託
- 10) その他、この法人の目的を達成するために必要な事業

3 沿革

当法人の代表者はMSWで勤務している時に、地域に戻ったはずの障害者がさらに悪くなって病院に戻ってくる現象を不思議と思っていた。1989年、病院から市社会福祉協議会へ転職するようになり、地域で生活している障害者にふれあうようになった。障害者福祉センターに配属されてデイケアサービスや文化活動が仕事の中心であった。当時、身体障害者が授産施設で箱詰め作業を1日6時間働いても500円にならない、20日通っておおよそ1万円であった。関わっている職員さんも「障害者ですから」「できるわけない」と障害者の就労に期待感が低かった。当時は、日中居場所を整えている段階だったので働く場もあまり整備されてなかった。

2002年、よさこい大会（障害者スポーツ大会）の日、町の中にたくさんの障害者が溢れても自然に受け入れていた。大会で作業所に通う障害者と話すと平均給料は8000円～15000円で私は2万円ももらおうと自慢する姿を見て障害者の働く環境や貧しい生活状況に悲しさを感じた。障害者の社会参加は実現されるようになってからも社会活動は実現できていない、福祉は、権利を主張するようになってからも義務（勤労、教育、納税）を果たせることには働きかけていない。その大会で障害者のスポーツする姿をみて可能性を感じた当法人の代表者は主張だけではない、自分で作ってやろうと有限会社食品工場をスタートした。障害者に最低賃金保障（611円）などマスコミにも大きく載っていた。市場（食品を製造する小さな店が並んでいるところ）で障害者3人、パートさん3人を雇用した。経営感覚もなく人に言われたままにやっていて製品を作っても売ることができなかった。最初の月から200万円の赤字、3か月を持たずつぶれた。人を雇う難しさを痛感した。福祉作業所では、その月の収入がよくないと工賃を減らすことはできるが、一般社会の厳しさと自分自身が自立できてないことを悟る機会になった。お金がないということより社会の位置付けがない辛さ（誰からも電話はかかってこない、必要とされない、夢はつぶされて社会から浮いている感）で「こうやって人間は死んでいくんだ」と初めて感じた。不思議と仕事を辞めたことには後悔はなかった。6か月間の死ぬ思いから再スタートを決心し、お父さんに頭さげて300万円を借りて「m's kitchen（弁当や）」を立ち上げた。

自立支援法が始まる半年前だったので受給できるまでの1年間は完全一般事業所で運営した。雇った障害者3人、パート2人に給料を払って20万円が残り、初めて自分の給料が取れるようになった。法定化されてから働きたいという人が次々と現れて就労支援事業所も増やしていくようになった。

2004年1月 法人設立

2005年3月 グループホームみらい1・2開設

2005年11月 m's kitchen開設

2006年10月 自立支援法下の指定障害者福祉事業者となる

2006年10月 ICTセンターみらい開設

2006年11月 m's factory開設

2007年8月 グループホームみらい3開設

2008年4月 m's place開設

2008年12月 sweets factory STRAWBERRY FIELDS 開設

2010年6月 甘味茶寮さくらさく。開設

2010年12月 ひだまり小路土佐茶カフェ開設

2011年2月 就労支援・研修センターみらい開設（ICTセンターみらいの改編）

2011年12月 アートゾーン藁工倉庫開設

2012年2月 グループホームみらい4開設

雇用支援センターでは、仕事に繋がった後、定着のために生活支援を行っている。研修センターは、就労移行支援事業として働きたい思いだけではすぐ働けないのでその手前の段階になる（SSTなど）。最近では、発達障害者の困難事例が多いために発達障害者のための就労センターも行っている。当法人は、就労支援が表に立っているが、就労支援を支えるためには安定した生活が大事であること考え生活支援や相談支援も充実している。現在の相談支援事業は市の委託事業でない。各事業所で生じる利益で法人全体の運営をしている。

4 実績

現在、当法人は9店舗、美術館と劇場を含めると11か所を地域の中で展開している。

利用者数の70%は精神障害者であり、出席率は95%である。仕事で体調を崩して再入院した

ケースはない。就労継続支援A型からも毎年10人が卒業している。ほとんど障害者自身がハローワークに行ってみつけてくる場合が多い。GHは女性4人、男性10人が利用可能である。通過施設であるので年間3～4人がGHを出て一人暮らしをしている。

一般企業に就職させるときに、企業側が事業所に確認しにくることもあるが、ここで働く利用者さんをみて企業側も雇用可能性を感じるようになり、以前より格段一般就労させやすくなった。精神障害者は他の障害者よりプライドが高い人が多く作業所に障害者として通いながら1万円もらうより病院の患者の待遇を選ぶ人もいる。ところが当法人に来た人はこのような事業所ならやってみようかという気持ちになり、利用者になる方もいる。

当法人は、アーケードや商店街、住宅地に所在している。日中、町で働く障害者と自然にふれあうことで啓発活動に繋がっている。町の真ん中で20人の障害者が働いても何も言われてない。家賃50万円は大変だろうが、価値はあると信じている。当法人の店のお客は普通にティータイムも持つママ友グループやカップル、学生やサラリーマンなどであり、福祉関係者や障害者に理解ある人が席を占めるところでない。でもこの店で障害者が働いていることを知っていて地域に自然に浸透している。この光景が成果として大きいところである。

5 組織体制や人材育成

職員数は総160人で、その中で障害がない人は約80人（PSW、OT、販売職員含め）、A型利用者（雇用契約）は80人である。就労継続支援B型は、30人（半年でA型に移行）が利用している。各店で障害者と一緒に働く人は、医療福祉専門家でない。プロのシェフやバリスタ、パティシエが障害者に仕事を教えて適材適所に配置させる。彼らは今まで障害者と一緒に働いた経験がない人である。新しい人材育成の取り組み方法としてこれからも期待できる。地域に障害者が働く魅力ある場所づくりのために、当法人は見学プログラムを含めてコンサルタントも行っている。

6 活動の評価

当法人の特徴は、関係の結び方であると考えられる。事業を展開しているなかで、自然発生的に行政やGHの近隣住民、民生委員とのかかわりをもつようになり、商工会とも連携するようになった。ところが、他の障害団体や福祉団体との付き合いはあまりないようである。福祉施設同士で何か作りあげるための時代はもう過ぎ去ったと思うからだと言っている。今は、制度がちゃんと整備されて各事業所がいい実践を作りあげるようになっているため必要性をあまり感じていないようである。それよりも事業所を展開する際に企業との対等な関係で協力し合い地域に出る選択枝やチャンスを増やすことを強調している。そうすると多様な場面で人とふれあい活動も広がると考えているからである。当法人の店舗は仕事の内容も雰囲気もそれぞれ異なる。最初から仕事の内容を決めて始まったわけではない。「一緒に仕事しませんか」と手を伸ばした時に握ってくれたのが千葉のあんこ屋さんであった。ケーキも徳島のケーキ屋さんが機械製造のノウハウを教えるから増産体制で仕事をやっていこうとのことでつながったのである。お弁当を始めた時も高知市ではおいしいカラ揚げで有名な「ちびから本舗」と協力したから続けられたという。「仕事ちょうだい」という姿勢をとっていたらば、カラ揚げを売るための袋づくり作業しかもらえなかったかも知れない。最初は、自分のノウハウがないので企業とコラボレーションすることでお店として地元に着しやすくなるだろう。当法人の代表者も、企業との連携を結び、実績を重ねていくうちに、自分のノウハウができて今度は地元にある「土佐茶」に活かした喫茶店をオープンするようになる。また、広い空き工場を借りて美術館や劇場、それに合うスペイン料理のレストランを開き、精神障害者の就労場だけでなく地域活性化事業にも取り組んでいる。

もう一つ素晴らしいところは、就労支援の取り組みである。作業の内容によって戸惑うとこ

ろがある。障害者だから諦めさせて袋詰め作業に戻すより、「なぜ、できないのか」「どうしたらできるのか」という対策を探す方法を選択している。10等分のケーキカットができなくても900万円の機械があれば、あんこ80gを計れなくても3000万円の機会があれば等「これがあれば仕事できる」というものを見つけ、代金を払っても購入する大胆さがある。ケーキ工場の機械設備だけで8000万円をかけたという。ところが、機械を揃えてから作業も早くなり、全国販売もできるようになった。企業側も設備を見て増産体制ができると信頼し、契約を結ぶこともある。法人の代表者は、ハンディというのは、手や足がない者より環境によって制限される現状であると語った。

町の中にあるおしゃれな店で働き、月10万円の収入が手に入り、健康保険の被保険者が本人になった時、社会の真ん中に立っている気分を味わえる。自分が稼いだお金で好きに使えするという心地よさを覚えるようになると仕事もサボれなくなる。当法人の利用者さんの中では、半年間はすごく感激しても自信感を取り戻した人は、今の状況に満足せず「もっと自分ができるんじゃないか、なんで時間給なの」と自分で仕事を見つけてくる人もいる。人の欲求は第1のモチベーションになる。

7 語られた今後の課題、抱負と、調査員の期待など

社会と触れ合う接点が増えるほどトラブルも増えている。日々、人間関係（異性、家族など）、金銭トラブルが続いている。就労で体調を崩すより、お金をもつようになり、いろいろな人に触れることで問題が起こりやすくなった。自信感が溢れて自分をコントロールできなくなる場合もある。今までは、障害者の方が被害者になったケースが多いが、加害者になるケースもある。地域移行を進めていくべきだが、きちんとケアしなければならない。社会との付き合いを知らない人が町に出てトラブルに巻き込まれる可能性が多いためこれから彼らを支える体制づくりが課題であると考えている。最近、民間では対応し切れない発達障害、重症心身精神障害者らが病院から地域に出て生きようとしている。彼らの医療体制や居住体制を行政に求めている。民間でも困難事例は受けようとしなない。行政は、直接サービスを行っているわけでないので委託事業者や地域の支援者への監視、アドバイスする役割を果たしていくと同時に、今困っている事例に関してはいち早く形を作って民間におろしてほしいという。民間が出し切れない、出そうとしない部分に関しては行政が先に手を出し続けながら民間に引き渡していくようなことをやってきてほしいと語った。

当法人のこれからの抱負や期待は、障害者がまとまった場所にたくさん集まっているのではなく、どこにいても一人二人は障害者が働いている、それが普通な社会を目指していると語った。当法人も事業所によって差はあるが、1か所に30人中20人が障害者になっているところもある。就労支援事業所という名をとって一般事業所と転換し、一か所の職員が15人いれば、4人だけが障害者という体制を作りたいと言う。実際、ある店舗では4人の中一人の障害者が働く体制を試みている。

インタビューのなかで今年利用者同士のカップルが結婚したと聞いた。一緒に仕事をしながら自然発生的に出会い、このようなイベントであることはおめでたいことである。これから一人暮らしの生活支援に加えて二人暮らしの生活支援も新しい課題として出されたと考えられる。また、事業を展開していく中で、次の段階で起こる問題を一つの法人の問題にとらえず地域の人と共有し、どのように取り組んでいけばいいのか共に考えて共に取り組んでいくことで今後の可能性はもっと広がるのではないだろうか。今後の事業の展開も楽しみである。

調査委員：（呉 恩恵）
（田所 淳子）



ベストプラクティス報告書

タイトル：ニーズから生まれた発達障がい者の就労支援

副 題：就労支援は、人生支援

施設名(団体名)：ジョブサポートセンター八幡

住 所：北九州市八幡東区中央2丁目1-1
レインボープラザ6階

代表者名：森本 康文

団体種別：社会福祉法人・NPO法人・株式会社・その他（ ）

1 利用対象者

- ・18歳以上65歳未満の発達障がいのある方
- ・「就職したい」「働きたい」という気持ちがある方
- ・就労訓練や生活の支援を受け、社会的自立を望む方
- ・週3日以上に通所が可能な方
- ・単独で通所することが可能な方
- ・医療機関・関係機関からの紹介がある方
- ・通院や服薬の管理ができる方

2 活動内容と特徴

(1) 基本理念

障がいがあっても一人の人間として尊厳をもって、住み慣れた地域で自立した生活ができるように障がい者本人とその家族・地域の方々と共同して支援をし続けます。また、地域の社会資源の1つとして市民の方々の福祉の向上に努めます。

(2) 事業の内容

① 基礎訓練

- ・グループワーク
- ・パソコン訓練
- ・基礎学習
- ・ワークサンプルプログラム
- ・事務補助
- ・スポーツ活動

② 企業での体験学習

- ・JSC八幡が提携している企業へ実習
- ・希望する企業への実習

3 沿革

平成12年4月1日、浅野社会復帰センターは小倉北区浅野に開所しました。建物は昭和56年に開設された、北九州市立デイケアセンター跡地の2階、3階部分を精神障害者通所授産施設と地域生活支援センターを設立しました。

開設当初はたくさんの荷物が山積みになっていて、当時は館内の掃除をするところからはじめました。

開設当時、北九州市内の授産施設（精神障がい）は小倉南区に1施設しかなく、精神障がいの地域における相談機関である地域生活支援センターは市内にはない状態で、他の障がいと比べ遅れている精神障がい者への幅広い支援のために、関係機関をはじめとする地域のサポートの必要性もありました。

平成18年度に自立支援法が施行され、地域生活支援センターの相談業務が戸畑区の障害者支援センターに移行し、平成19年4月より地域活動支援センターとなり、精神障害者通所授産施設も平成19年4月から就労移行支援事業、就労継続支援B型の訓練等給付事業へと移行しました。

平成19年度より生活保護受給者のうち精神障がいによる長期入院患者の社会復帰事業を重ねて、翌年4月からは精神障害者地域移行支援事業を受託し、市内の各精神科病院と連携して地域移行に取り組んでいます。平成21年9月からは地域移行により生活拠点を必要とする方々のために定員4名（基本的に女性）のグループホームを小倉南区に開設しました。

精神障がいのより質の高い地域生活として、一般就労というあり方を大事にするところから、浅野社会復帰センターは、生活支援とともに就労支援に力を入れてきました。個々の事例に丁寧に対応するほか、北九州市における「精神障害者就労支援ネットワーク事業」では常に中心メンバーとして活動し、また、北九州市地域の障害者就業・生活支援センター（通称：しごとサポートセンター）とも連携しながら、精神障がいの就労支援のノウハウを、組織として積み上げてきた実績があります。

活動を継続していく中で発達障がいのニーズが顕著になってくるものの、周辺に発達障がいの支援施設がないことから、平成24年4月1日より「ジョブサポートセンター八幡」として事業を特化し展開していくことになりました。

4 実績（ジョブサポートセンター八幡）

- 平成25年度の利用者（就労）帰結
事務職2名 シダックス1名 製造業1名 クリーニング業1名
中古厨房取扱い業1名 就労移行支援A型事業所1名 合計7名
- 利用者の就労先の希望としては、6：4の割合で製造関係より事務関係の仕事を希望する人が多い傾向

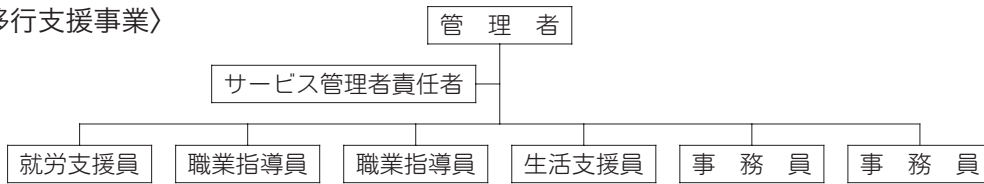
5 組織体制や人材育成

- 運営主体：社会福祉法人北九州精神保健福祉事業協会
- 職員体制：法人職員46名、その内当事者職員5名（常勤3名、非常勤2名）
- 運営組織：障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス事業
（就労移行支援事業・就労継続支援B型事業、自立訓練事業、共同生活援助事業）
地域活動支援センター事業
北九州市精神障害者小規模共同作業所巡回指導事業
精神障害等による長期入院患者の社会復帰事業
精神障害者地域移行支援事業

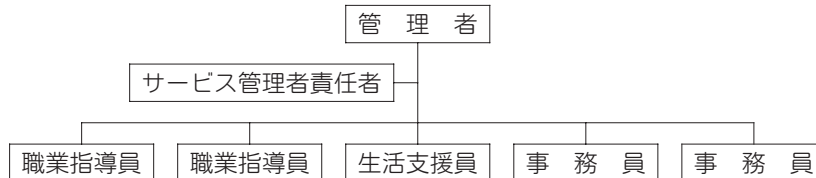
組織図（平成26年4月1日現在）

北九州市立浅野社会復帰センター

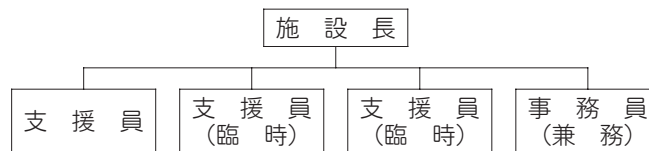
〈就労移行支援事業〉



〈就労継続支援B型事業〉



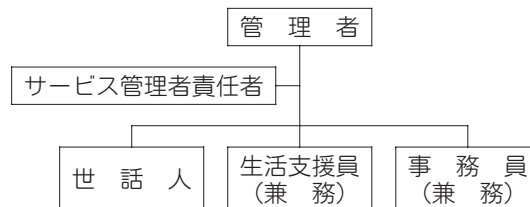
〈地域活動支援センター事業〉



〈指定一般・特定相談支援事業、障害児相談支援事業〉



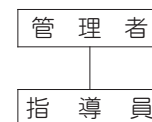
〈共同生活援助事業〉



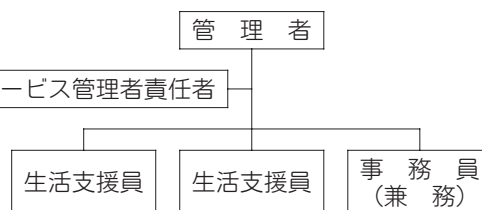
〈精神障害者地域移行支援事業・精神障害等による長期入院患者の社会復帰事業〉



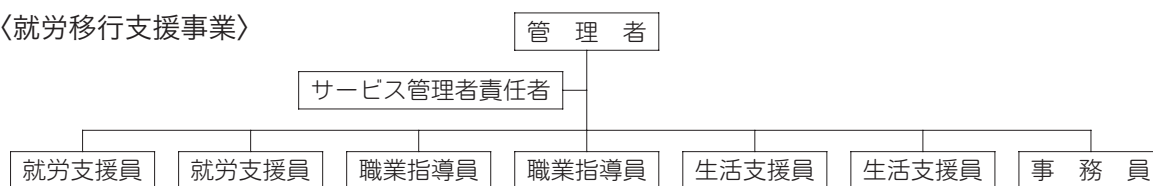
〈精神障害者小規模作業所巡回指導事業〉



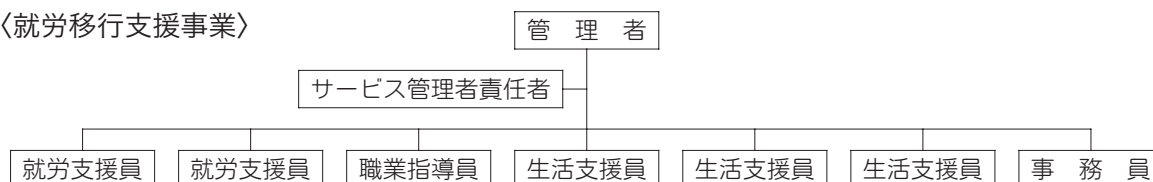
〈自立訓練（共同訓練）事業〉



ジョブサポートセンター黒崎
 〈就労移行支援事業〉



ジョブサポートセンター八幡
 〈就労移行支援事業〉



6 活動の評価

- ① 「発達障がいという診断や特性」という対象に特化していること
- ② 働き続けるための予防という考え方
 発達障がいのある人は、つまずいた時に100%以上のエネルギーを使ってしまうためにつ状態になることが多い。100%消耗する前に気づくように支援し、早くSOSが出せるように利用者自身の障がい理解を促している。
- ③ 積極的な地域交流
 地区で主催しているラジオ体操のグループに利用者と職員で加入し、地域交流を促進している。また、近隣のマンション清掃をボランティアで行っている。
- ④ 生活全般を視野に入れたネットワーク
 就労を支える取り組みとして、余暇活動にも力を入れている。具体的には、卓球、水泳、トレーニングルームを活用している。また、近隣の事業所とソフトバレーボールクラブを結成し、西南女学院大学のボランティアを受け入れている。
- ⑤ 人材育成
 ピアサポーターやピア活動に積極的に取り組み、企業などの講座などにも当事者が講師などをできるようにすすめている。
 支援者のための支援として研修会を実施したり、大阪府まで職員を派遣し実践を積みあげている。
- ⑥ 行政との連携
 市精神保健福祉センターの就労支援ネットワーク事業の主要メンバーであり、個別支援については適宜連携を図っている。

7 今後の課題や抱負等

- ・利用希望者の中には、就労支援の前段階の生活訓練を必要としている人が目立つ。1年後には、もうひとつ自立訓練施設をつくりたい。
- ・利用のための見学にきて、つながらなかったケースをアウトリーチで対応したい。
- ・全体として代表者の熱い想いがひしひしと伝わってくる実践と言える。今後に向けて、熱い想いを継続して具現化してほしい。

調査委員：（斎藤 秀一）

ベストプラクティス報告書

タイトル：「地域（街中）で自分らしく過ごせる場所」づくり

副 題：佐世保市・医療機関・商工会との協働

施設名(団体名)：チーム4×4（チーム・フォー・バイ・フォー）

住 所：長崎県佐世保市常盤町8番8号 富士ビル4F

代表者名：馬郡 謙一

団体種別：社会福祉法人・NPO法人株式会社・その他（）

1 どういう人を対象にしているか。

法人としては、市民への普及啓発や精神障害者の居場所を運営するための人づくりを行っている。地域活動支援センター（相談支援事業）・就労継続支援B型での対象者は、精神障害者である。（相談支援事業は全障害者を対象にしている。）

2 活動の内容と特徴。

精神障害がある人が地域の中で自分らしく生活できるような社会を目指して市民グループを結成し、活動している。佐世保市の中心的な商店街の一角に設置されている相談事業所・地域活動支援センター「ふれんず」では、日常生活支援や交流の場を提供している。同じ空間にある事務所には、ソーシャルワーカーを含め、一般の事務員が業務を行っている。商店街にある就労継続支援事業所（B型）「どりいむ」は、精神障害者とスタッフが共に働いている喫茶店である。「わくわくワーク」では、シルクスクリーンでオリジナルTシャツ、トレーナー、小物を作っている。地域への積極的な発信事業として「心の健康づくりフェスティバル（心フェスタ、通称、ココフェス）：行政主催」と「ウォーキング&ゲームラリー大会：当法人主催」を行っている。ココフェスは、講演会、演奏などの発表会を行う際に必ず当事者の声を入れて精神保健福祉への理解と支援を広める場として用いる。「ウォーキング&ゲームラリー大会」は、ふれあいセンターや中央公園を中心に行う春のイベントである。3人1組になってコースの間にある精神に関する問題を問い、正解を答えたチームが次に移動し、ゴール到着するゲーム形式である。障害のあるなし、老若男女問わず、自然と地域住民が一体になって楽しく参加・交流できるイベントである。

3 沿革

設立までの背景として、1995年度に佐世保市の「地域精神保健福祉対策促進事業」を開始し、作業所を作りたいという目的で「精神保健福祉に関する検討会」を設置するようになった。同年度、佐世保市は、第1回の「心の健康づくりフェスティバル」を開催するなど地域精神保健福祉の展開に向けて着々と準備していた。この時期、行政は旧NHK佐世保放送局跡地を福祉関連の場で活用することを決定し、1996年6月、「旧NHK跡地利用計画に関する作業部会」を設置した。当法人は最初、作業所を作り、運営するための任意的市民グループとして1996年10月に出発した。当時の長崎県では家族会や病院が作業所を運営しているところがほとんどで既存の組織と違って「多様な立場」の方が一緒に作ることを念頭においた。なかでも、社会適応訓練協力事業所や商工会関係者を当初から巻き込み、地域の精神科医や精神科で勤めている看護職も各医療機関から参加するなど、黒子たる行政（保健師やケースワーカー、公立精神科病院医師ら）による意図的な人選から「オール佐世保」の体制づくりを行っていた。

1998年5月、行政主催でなく当法人主催の啓発・交流事業「ウォーク&ゲームラリー」イベントを開催した。翌年度からは佐世保市の障害者スポーツ事業の委託を受けた。2000年4月、これまでの活動をさらに飛躍し発展させるためにNPO法人「チーム4×4」を設立するようになった。チーム4×4という法人の名は、四輪駆動車の4つのタイヤがそれぞれ助け合いながら走ることで、パワーも強く1つのタイヤにトラブルが起こっても他のタイヤが補って走り続けることができるという発想からお互いに助け合いながら走り続けたい気持ちと「四葉のクローバー」や四と四を合わせて「幸せ」という語呂合わせから名付けられた。希望とユーモアなアイデアがたくさん詰まった名前である。

1997年4月に小規模作業所として正式認可された「喫茶どりいむ」は、設置主体は家族会であったが家族の負担を減らすために当法人が運営を引き継いだ。2013年度から就労継続B型事業所になった。1999年5月に正式認可された第2作業所シルク印刷工房「わくわくワーク」は、市が補助事業で予算を受けて機械を購入し、当法人に寄付してくれたのがきっかけになった。1997年度に「喫茶どりいむ」が設立された後、市民団体である当法人主体の作業所を作りたいという願いがあった。作業所を立ち上げるための運営委員を構成した。メンバーは、佐世保市商工関係者の重鎮を始め、サラリーマン、保険会社の会計の人、デザイン会社の会長などで地域の実力者が集まった。また、商店街での街頭募金には精神科医や精神障害当事者も大きな声を上げ約100万円の集金があり、またマスコミを通して寄付者（約100万）が現れるなど総300万円を集める成果を成し遂げた。経営者や市民の知見を得て一人ひとりの思いを大事にしつつ第2作業所「わくわくワーク」を立ち上げることができた。2014年12月から就労継続B型事業所になった。

4 実績

現時点でのNPO法人正会員は105人、賛助会員は100人である。現在の会費収入は40万円（年会費は2000円）である（創立時は、会員400人程度、会費収入は100万～200万）。

2014年の実績からみると支援センターの利用者は、実人数180人、延8300人である。相談事業所の利用は年80人である。サービス等利用計画作成は、常勤5人で180人を対象にしている。主に利用している方は40代～50代で、若い20～30代や60代以上の高齢者はほとんど利用していない。

「ココフェス」は、1995年度に実施してから今まで続いており、2014年度に第20回を迎えた。今まで多様な団体や名だたるアーティストの協力を得ながらパフォーマンスを企画しており、毎年、約450人の市民が参加している。「ウォーク&ゲームラリー」は、利用者や入院患者、子ども会など毎年約100組（300人）が参加している。商品は、温泉旅館をスポンサーにした宿泊券やデパートの商品、食事券など地元や近くの地域から寄付して頂いたものである。毎年、この企画の趣旨を知らせながら多くの方から良い商品を集めるために工夫している。

5 組織体制や人材育成

チーム4×4の役員会・理事会・組織図、職員は、主に地域住民と専門家で構成されている。立ち上げる際のメンバーは以下の通りである。

会 長：商店会会長

副 会 長：精神保健ボランティアグループ代表、商工会議所事務局長、通院リハビリ協力事務局店長

事務局長：市立総合病院精神神経科医長

事務局員：MSW、市障害福祉課保健師

会 計：精神保健ボランティアグループ会員

会計監査：ライオンズクラブ会員、市障害福祉課主幹

運営委員：家族会会長、作業所指導員（ボランティアグループ会員）、作業所運営委員、精神科医（3名、それぞれの所属病院は異なる）、OT、市障害福祉課保健師

顧問：佐世保市医師会会長、県精神科病院協会理事、市立総合病院院長、市保健福祉部部長

個人会員・団体会員合わせて：約400名（団体）

精神障害者の地域支援のために佐世保市にある5つの病院中4病院からの専門家が組織の中に入っていた。また、行政や専門家だけでなく、家族会や市民もチームになった。無償で行う会議にも関わらず、それぞれ仕事を終わってから会議に参加し、未だに一度も欠かさず続けている。

市民向けの人材育成は、保健所で行う精神保健福祉ボランティア学習会養成講座があり、当法人も協力している。また、各イベントや事業ごとに異なる実行委員を構成していることでみんなが精神保健福祉の活動の主体になる機会を提供している。例えば、「ウォーク&ゲームラリー」の実行委員は、法人の会員以外にも個人のタレントを活かしたい人、誰かの助けになりたい人、近くの大学の学生、ロータリークラブ、ライオンズクラブ会員など約50人のボランティアの方が半年前から企画、商品準備、広告など実行委員として参加している。

当事者スタッフに関しては、こちらから病気の重さで決めるより、自然発生的にみんなから信頼がある人がいれば養成したいと考えている。

6 活動の評価

佐世保市では1995年以前、精神障害者が推定3000－4000人のうち約1/3が入院していた。医療機関として精神科単科病院（5か所）、精神診療所（5か所）、精神科外来部門を有する私立総合病院があった。社会復帰・リハビリ施設としては、デイケアの認可を受けた医療施設（1か所）、保健所のデイケア、保健所と家族会が共同で実施している「作業の日」が週1回実施していた。当時、正式に認可された精神障害者の小規模作業所や生活訓練施設、授産施設などはなかった。佐世保市の中で当法人は精神障害者が地域の中で一市民としていられる場づくりを始めたことで地域の中に自然に理解者が増え、一緒に仲間ができることなど地域の社会資源を広げる実績を積み重ねている。都会と違って祭りやイベントが町で頻繁に行ってはいないが、地域住民が集まって楽しめる場を提供することはまさに「福祉でまちづくり」である。

当法人の強みは、①行政との関係：精神保健福祉活動に対して情熱や意識が高い行政（市保健師や公衆衛生医（精神科医））がバックで支えていることである。市民ボランティアを育成し、定着させるまでサポートし、地域に多くの人材を養成してくれている（現在の当法人の施設長も「ボランティア学習会」を修了したことがきっかけで今の職に導かれた）。保健所の担当者が変わっても業務において意志相通に困らないような体制を整えている。②所在地：当法人の事務所兼支援センターの場所は、賑やかなアーケードのすぐ近くに所在している。階下は、スポーツジムで、階上は、地元の銀行の事務所である。最初は、精神障害者の施設に通うということのを隠したい人でも人出入りが多い普通のビルの中にあるために周りの目を気にしないで通える（ビルの所有者は隣にある富士観光ホテルの経営者であるが、当法人の会長（商店会会長）の知り合いで格安で借りている）。他のB型事業所も最近アーケードや商店街に移転してオープン準備をしている。③地域の人々の理解：施設を立ち上げるときに万が一のために行政関係者と一緒に周辺に挨拶しにいたが、誰も抵抗なく受け入れてくれた。作業所を作る時の募金活動の際にもたくさんの募金集めができるほど協力してくれた。④組織体制：当法人には、地元で広く強いネットワークを持っている本事業に情熱ある理事で構成されている。背景が違

う人がたくさん集まったので大変な場面もあったと聞いたが、その間で調整しながら協働・協力意識を高める役割もあり、本当にいきいきしたチームということが伝わってきた。組織の中での対立は対等な関係で意見が言える良さがあったからだと考えられる。現在に至るまで一度も欠かせず153回の理事会を行った。

7 語られた今後の課題、抱負と、調査員の期待など

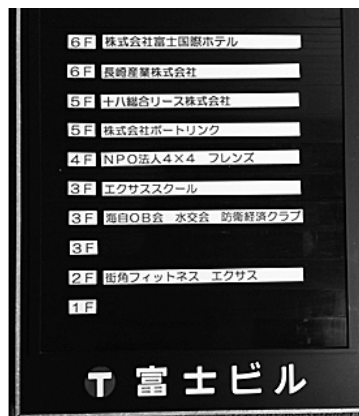
地域特徴に伴う職員の苦勞も語られた。佐世保市は南北に長く離島半島部もあり、一人の職員がたくさんの対象者を抱えているので1日移動に伴う苦勞も課題であると考えられる。また、補助金で行っている事業の中では、国の予算が縮小されていくとともに事業費も減っているために今後、差額に関して寄付金で賄うようにしなければならない。

今まで市の建物の中にあった「喫茶どりいむ」が移転することになり、今年3月にアーケード中でオープンするようになった。これからもっと地域に開かれた場所となり、メニューも街並みに合わせて出す予定をしている。「わくわくワーク」も移転場所を探している。閉鎖になった商店街にある一画のつぶれたスーパーを予定している。作業所であった2か所の事業所が就労継続支援B型になり、今までの良さを大切にしつつ、工賃アップを目指す方法を工夫しなければならない。

「NPO法人4×4」の最も特徴的なところは、最初の段階から多様な立場の人が一つの目的のために組織されたことである。組織が構成されることで行政と病院、支援者、市民が「顔が見える関係」になり、一人ひとりが持っている知識や資源を出し合い、つなげることでもっと精神障害者の活動の可能性広がると考えられる。

今回のインタビューを通して長崎県の精神科ベッド数は人口万対約54床、佐世保市は44床で日本の中でも多いところであることを改めて知覚した。現在、佐世保市では就労移行支援や病院運営のGH以外の居住支援を行っているところがないなど地域内の課題もある。また、法人内の理事や運営委員には精神障害の当事者は構成メンバーとして入っていない。法人と地域の課題において今までの良さを維持しながら時代変化による新たな取り組みをみんなで考えてみるいい機会であると考えられる。また、当法人の創立メンバーも高齢化になっており、次世代を養成しなければならない。精神障害者のニーズに合った次の目標に向かって新旧メンバーがチームを組んで働くと想像以上の力が発揮できると考えられる。そのため組織をマネジメントし動かす役割が今、当法人に求められているのではないだろうか。これからも事業を展開している中で地元に応えながら変革していくことを期待したい。

調査委員：（呉 恩恵）
（山本 賢）



ベストプラクティス報告書

タイトル：オシャレな施設が日本の福祉を変える！

副 題：沖縄発 株式会社による福祉の実践

施設名(団体名)：株式会社 アソシア

住 所：沖縄県中頭郡北谷町字上勢頭669-1

代表者名：代表取締役CEO 神谷 牧人

団体種別：社会福祉法人・NPO法人・**株式会社**・その他（ ）

1 対象

統合失調症やうつ病等を中心とした精神疾患を有する方が約5割、発達障害圏の方が約3割、その他知的障害や高次脳機能障害を有する方々の支援も行っている。症状等が軽いが故に福祉施設の通所対象に馴染めなかったり、通院はしているものの引きこもりがちで活動の場所や社会参加の機会を得られずにいる方などの支援に取り組んでいる。年代としては20歳代が半数弱、30歳代が約2割、40歳代、10歳代が1割強で、若い世代が多い。

2 活動の内容と特徴

就労移行支援（『アソシアソーシャルトレーニング』）、生活訓練（『アソシア社会大学』）、相談支援（『アソシアソーシャルサポート』）の3事業を実施。

●『アソシアソーシャルトレーニング』中頭郡北谷町字上勢頭669-1

接客、厨房、清掃、庶務、製菓の5コースに、平成26年7月から製作コースが加わり、現在6つのコースによる就労移行支援を実施している。同じ建物内でカフェを経営し、その経営・運営に関係する実践的な訓練を内容となっている。カフェではランチバイキングを提供し、近隣の主婦層を中心に人気を博している。建物が開放的なレイアウトで、カフェと訓練施設はトイレを共有しており、自然と訓練施設スペースに出入りし、施設について知る機会となっている。障害者福祉を窓口としていないことが、自然な交流、緩やかな支援の輪の拡がりに繋がっている。利用者にとっても自然に外に開かれた空間が、人との交流へとつながっている。

●『アソシア社会大学』中頭郡北谷町北前1-10-8

2年間のコースで、「社会大学」と銘打ち、単に日常生活をベースとして訓練でADLを高めるのではなく、「“ヒト”と“社会”に対しての信頼感や安心感を、一人一人のスピードで培っていける場所」、「今までの経験を活かして得意なことを伸ばす」あるいは「新しいことにチャレンジする」、それを支援することを基本理念として取り組んでいる。モラトリアムを保証しつつ、「やり直しなんかじゃない スタートなんだ」として対象者の関心・ニーズに応じ、ダンスや音楽なども含め多彩なプログラムを用意し、そのための必要な備品も抱負に揃えている。プログラムを通じてコミュニケーションスキルを高めることに重点を置き、個人、集団、社会とのつながりを持てるようになることを目指している。また、敢えて昼食サービスは行わず、近隣の飲食店やコンビニの利用等、街中でごく普通の人が過ごすような昼の時間を過ごしてもらおうよう促すなど、障害者と支援者だけの閉ざされた空間、集団にならないよう意識的に取り組んでいる。

●『アソシアソーシャルサポート』中頭郡嘉手納町嘉手納281

子どもから高齢者まで幅広い相談支援、計画相談を実施している。計画相談を一人一人の思いや夢、希望を実現していくための「応援ツール」として位置づけ、福祉サービスの利用から施設入所相談など幅の広い相談支援に取り組んでいる。

3 沿革

株式会社が障害者総合支援法の事業認可を受け活動を展開している。

平成21年7月 株式会社アソシア起業

平成21年12月『アソシアソーシャルトレーニング』指定就労移行支援施設指定

平成24年4月『アソシア社会大学』指定自立訓練施設（生活訓練）指定

平成24年5月『アソシアソーシャルサポート』就労計画相談支援・指定障がい児相談支援指定

代表取締役（CEO）である神谷牧人氏は、平成18年にデンマークのノーフェンス・ホイスコーレに短期留学し、バンクミケルセン記念財団理事長の千葉忠雄氏に師事。帰国後、精神障害者小規模作業所に勤務、所長を経験、その後、社会福祉法人において就労継続B型事業所課長、地域活動支援センター副所長、地域相談支援室（指定相談）管理者を経験。平成21年7月株式会社アソシアを起業。その後、沖縄県障害児療育等支援事業相談員、読谷村教育委員会学習支援コーディネーター、琉球大学法文学部非常勤講師、沖縄国際大学総合文化学部非常勤講師も務めている。

4 実績

●指定就労移行支援施設『アソシア ソーシャルトレーニング』

登録40名程。開所からの5年間で95名が就労。平成25年度は29名、平成26年度（12月末現在）22名が就労しており、就労率が高い。就活支援としてだけでなく、就労後の定着支援としても積極的に企業へ出向くなどして取り組んでいる。就労移行訓練の一環としてのカフェは前述のとおり、街中のランチバイキングカフェとして定着しており、その活動と空間を通じて地域住民と障害者が自然と触れ合う機会を創り出している。

●生活訓練『アソシア 社会大学』

登録30名程、「卒業」後は、6割が就労移行支援事業（ソーシャルトレーニング）へ移行、4分の1が就労継続支援事業（他施設）の利用に移行、1割が進学、直接一般就労も5%となっている。

●相談支援『アソシア ソーシャルサポート』 ※中頭郡北谷町からの事業委託

子どもから高齢者まで年間約700件の計画相談を実施。

3部門ともに、周辺市町村やハローワーク、地域若者サポートステーション、保健・医療・福祉関係、教育関係など幅の広い関係機関からの利用相談や紹介などがあり、利用希望者はとても多い。また、中部圏域相談支援ネットワーク会議の就労部門、相談部門にそれぞれの施設長が、神谷代表取締役がうるま市と中頭郡西原町の自立支援協議会に参画するなど、行政とのネットワーク、連携も密にある。

5 組織体制や人材育成

各施設ごとに施設長（ゼネラルマネージャー）1名、マネジャー1～3名、スタッフ4～9名、その他非常勤スタッフ（外部講師など）で構成されている。その他本部職員が2名程度。

職員（社員、パート）は年々増加し、常勤職員25名、非常勤職員15名程、総勢40名程。常勤職員は精神保健福祉士、社会福祉士、作業療法士、臨床心理技術者、准看護師、保育士、介護福祉士、調理師、ホテルのサービス部門経験者などその専門性・経験は多岐にわたっている。非常勤職員も、ダンススクール講師、外資系企業の秘書経験者など、実に多種多彩である。

精神保健医療福祉関係職種 of 職員は、県内の地域活動支援センター、病院、相談支援機関などでの勤務経験を有し、県内精神保健福祉関係機関との密接なパイプもある。

その他県教育センターとの交流やや、株式会社でもあることから、商工会議所や金融関係機関とのつながりもあり、障害者福祉のみならず、地域においては経済活動の一環としての側面も併せ持っている。

特にユニークなのは、人材育成で、職員の施設内研修を一般公開している。研修テーマも、1年目はICFを、2年目はモチベーションについて、3年目は「他者理解のための自己理解」をテーマに実施。各自に15分程度のプレゼンを課し、一般公開（多い時は60名程の見学者が来る）とすることで、スタッフの自己研鑽の動機づけの強化、意欲の喚起を促す試みを取り入れている。活動は元より、職員自身の意識も含めて、「変化」、「留まらない」ことに重点を置き、日々の活動を振り返り、常に改善・改革を目指す姿勢を持ち、職員自身も「変化」し、その「変化」を楽しむ土壌の熟成を心掛けている。比較的若い専門職の転職、就職先として人気が高い。また、施設内に留まらず、広く専門家の研修等の企画・運営にも携わるなど、人材育成も施設内に留まらない拡がりを見せている。

6 活動の評価

「もしも自分であったら」を念頭に、自尊心を大切にしたい社会を創造、日本の福祉を変えることを目指し、自分の家族が喜んで利用できる、あるいは友人に話せるような、福祉施設づくり、支援サービスの実践に励んでいる。そのキーワードとして「おしゃれな福祉施設」をコンセプトとして掲げ、その実現のためのコストをかけた取組みが極めて独自性を放っている。建物の内装は白を基調とし、清潔感にあふれているばかりではなく、曲線の壁や各室ごとに異なるメインカラー（社会福祉大学）、間接照明、BGM、まさにおしゃれな家具や調度品などを取り入れ、快適で居心地のいい空間構成を実現している。また、ハードばかりではなく、職員は、まさに一般企業の常識的で丁寧な物腰が浸透している。また、個性の表現としてその人なりの「おしゃれ」を楽しむことを尊重し、職員が自ら実践することが、いわば施設（企業）カラーとなっている。この意識的に取り組まれているハードとソフトの両面により、利用者一人一人を尊重し、その人が今生きている日常を楽しめるように、また変化していくことを楽しめるよう、さらには自ら変化していくことにチャレンジできるように支援を目指すという理念を実践する土壌となっている。

また、施設を障害者と支援者や関係者だけの閉ざされた世界、空間にしないということにも意識的に取り組んでいる。『アソシアソーシャルトレーニング』では、カフェを運営し、また、トイレの利用を通じて、カフェの客が自然と施設内にも出入りするの日常となり、施設を知る機会にもなるなどの工夫がなされている。『社会大学』も国道に面し、積極的に見学者を受け入れたり、研修や会議会場として施設内スペースを貸し出すなど、地域に開き、地域を呼び込む機会を積極的に作り出している。また、昼食サービスを敢えてしないなど、自然と外部との接点ができるよう積極的に作り出すような工夫もなされている。

福祉や障害者支援を前面に押し出すことなく、地域と自然な融合が図られるようなこのような取り組みは、福祉関係者の枠を超えて理解されるとともに、良質なテナント、会社として評

働かれ、相場より低料金の賃貸契約や、融資にもつながっており、安定した経営の背景となっているよう。

7 今後の課題、抱負、期待

社会福祉法人ではないため資産運用等難しい面もあり、一部法人各化も検討の余地があるとのこと。一方、事業の展開や見直しなどにおける柔軟さ、迅速さは株式会社の長所の一つ、強みでもあり、アソシアの文化ともなっている。今後、株式会社と法人格の長所を取り合わせた事業展開も検討課題の一つとのこと。2007年春には『ソーシャルサポート』と本部を『社会福祉大学』と同じ敷地内の建物に移転し、機能の連動性と強化を図る予定とのこと。「アソシアから日本の福祉を変える」という目標に向かって、現状に満足することなく、利用者のニーズを探り、それに合わせて支援内容、方法などを見直し、さらなる発展的变化を目指している。代表取締役である神谷氏を始め職員は若い世代が多く、活気に満ち溢れており、今後の発展が期待されるとともに、注目したい。

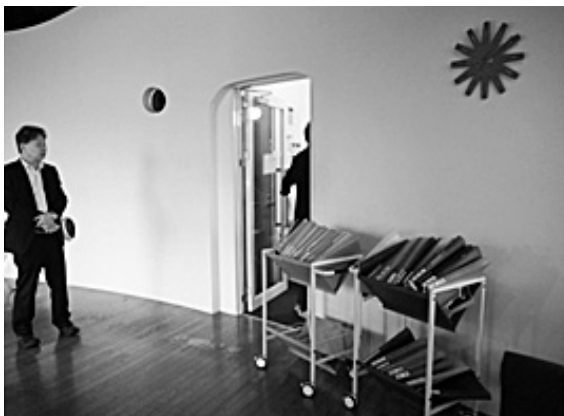
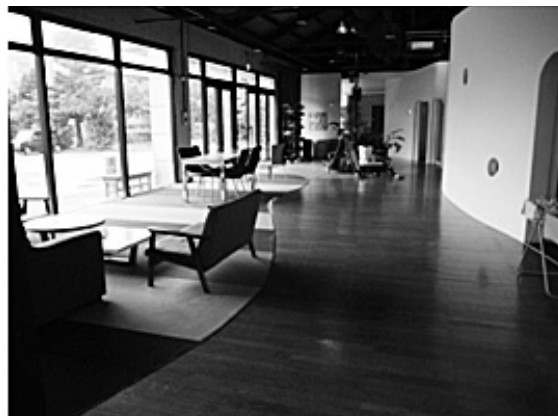
調査委員：（金田一正史）

（田中 秀樹）

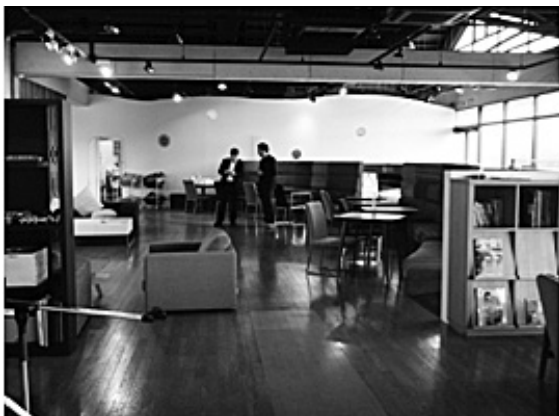
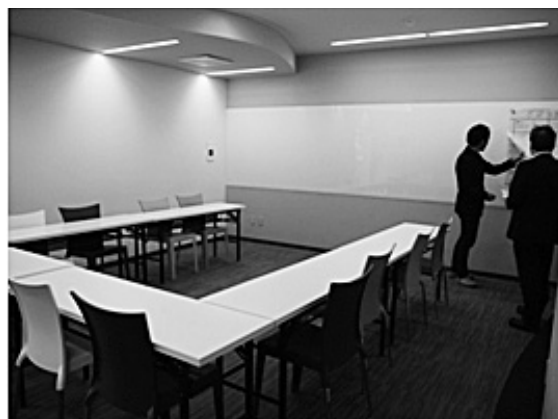


『アソシア 社会大学』

国道に面した好立地
以前はジーンズショップが入っていたテナ
ント用建物を改装！



曲線を描く壁！
その向こうにミーティングや相談用の部屋
が幾つもある
入口、ドア、備品なども実にオシャレ！



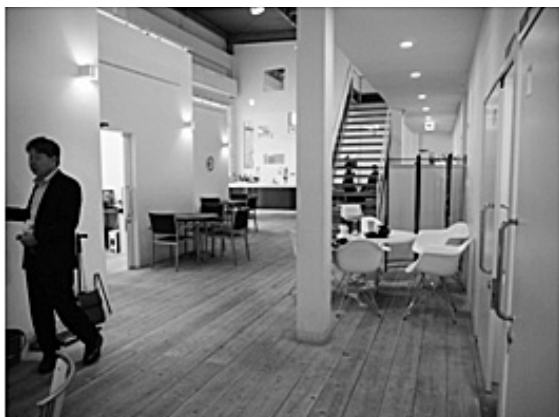
元々テナント用の大きなフロアを、一部は
壁で、他は棚などでスペースを区切り、全
体として広々とした、居心地のいい空間構
成となっている

『アソシア トレーニング』

大通りに面したカフェ
ランチバイキングが女性を中心に大人気！
休日にはメンバーが家族や友達と来ることも
あるそう



多ラックの配送倉庫を改造！
白を基調とした広々とした空間
各コースごとにブースがある



オシャレなカフェ！



豪華ランチバイキングの用意をするメンバー



アソシア発
沖縄発で日本の福祉を
変えたい！
と語る神谷
牧人CEO

資 料 編

1) 保健所調査票

I 保健所における精神保健福祉業務の実態調査

< 調本質問紙査の目的とご協力の依頼 >

わが国では、平成 16 年に 10 年計画での精神保健医療福祉改革が開始され、平成 18 年の障害者自立支援法および精神保健福祉法の施行により、市区町村を第一線機関とし、保健所、精神保健福祉センターなどの県機関、および国による立体的重層構造的な地域精神保健福祉体制が展開されることとなりました。

その後、国をあげての自殺対策、東日本大震災の精神保健・心理社会的支援などを経て精神疾患は 5 大国民病の一つに位置づけられるようになり、平成 25 年には、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（以下、精神保健福祉法）の改正、障害者総合支援法の施行、精神疾患対策を盛り込んだ保健医療計画の開始、国内関連法の整備をふまえた国連障害者権利条約の国会承認など今後の精神保健医療福祉施策の方向を大きく変える出来事が相次ぎました。

そして、平成 26 年 4 月には精神保健福祉法の施行により「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が新たに告示されました。この指針は、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者（国、地方公共団体、精神障害者本人及びその家族、医療機関、保健医療サービス及び福祉サービスの従事者その他の精神障害者を支援する者をいう）が目指すべき方向性を定めており、市町村、保健所や精神保健福祉センターが担うべき具体的な役割も示されています。

この指針に示された市町村、保健所等における役割の具現化には、保健所及び市町村における精神障害者の地域生活支援および地域住民の心の健康づくりの現状および課題の把握が不可欠です。そこで、今回、公益社団法人日本精神保健福祉連盟では、保健所及び市町村における精神障害者支援の実態および課題の把握と「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂に向けた提言の基礎資料とすることを目的に、全国調査を実施することと致しました。

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。

< 調査・回答方法及び調査期間 >

- | | |
|----------|---|
| (1) 調査方法 | 郵送による調査 |
| (2) 調査対象 | 全保健所（支所、相談所、分室を含む） |
| (3) 調査期間 | 平成 26 年 1 2 月 1 日～平成 26 年 1 2 月 1 9 日（金） |
| (4) 回答方法 | 次ページ以降のアンケート調査票を下記宛に返送
（平成 26 年 1 2 月 2 0 日必着） |
| (5) 回答先 | 公益社団法人 日本精神保健福祉連盟 |

【アンケート調査票】

A. 貴所の概要と精神保健福祉業務の実施体制についてお聞きします。

1. 貴保健所の概要について

- (1) 所属する都道府県名をお書きください。 ()
- (2) 所管の市区町村数及び名称をお書きください。 市区 () 町 () 村 ()
市区長村名 ()
- (3) 貴所の常勤職員数をお書きください。 () 名)

2. 精神保健福祉業務の実施体制について

- (1) 貴所では、精神保健福祉法と障害者総合支援法の担当課はどのようになっていますか。
(1. 同一課で担当 2. 異なる課で担当 (具体的に) 3. 障害者総合支援法業務の担当課はない (業務が無い))

- (2) 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。

職種	医師(精神保健福祉担当)	保健師・看護師	精神保健福祉士	臨床心理技術者	事務職員	その他
常勤	()	()	()	()	()	()
非常勤	()	()	()	()	()	()
うち精神保健福祉相談員任命数						

B. 精神保健福祉業務についてお聞きします。

1. 企画調整

貴保健所では、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、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○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 (1. 保有している、2. 保有していない)
- ② 管内の精神科病院のリスト (1. 保有している、2. 保有していない)
- ③ 管内の精神神経科診療所のリスト (1. 保有している、2. 保有していない)
- ④ 管内の総合支援医療(精神通院医療)利用者数 (1. 保有している、2. 保有していない)
- ⑤ 管内の精神障害者保健福祉手帳の所持者数 (1. 保有している、2. 保有していない)
- ⑥ 管内の総合支援法の障害福祉サービスの施設リスト (1. 保有している、2. 保有していない)
- ⑦ 管内の総合支援法の障害福祉サービスの利用精神障害者数 (1. 保有している、2. 保有していない)

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. 普及啓発の取り組み（平成 26 年度）

（1）以下の事業のうち実施ないし実施予定のものに○をつけてください（複数回答可）。

- ①地域住民の心の健康づくりに関する知識の普及啓発の講演会 ()
- ②精神障害に対する正しい知識の普及啓発の講演会 ()
- ③自殺対策に関する普及啓発 ()
- ④アルコール健康障害・薬物使用障害に関する普及啓発 ()
- ⑤その他、具体的に ()

（2）家族や障害者本人に対する教室などの活動等（平成 26 年度）

以下の事業のうち実施ないし実施予定のものに○をつけてください（複数回答可）。

- ① 精神障害者の地域生活支援 ()
- ② 精神障害者のピア活動 ()
- ③ うつ病・気分障害 ()
- ④ アルコール使用障害 ()
- ⑤ 薬物使用障害 ()
- ⑥ ひきこもり ()
- ⑦ その他、具体的に ()

3. 組織育成及び団体支援についてお聞きします。（平成 26 年度）

以下の事業のうち実施ないし実施予定のものに○をつけてください（複数回答可）。

- ①精神障害者の当事者団体の育成支援 ()
- ②精神障害者家族会の育成支援 ()
- ③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 ()
- ④自死遺族の会の運営支援 ()
- ⑤精神障害者の就労支援のための職親会等の育成支援 ()
- ⑥精神保健ボランティア団体の育成支援 ()
- ⑦その他、具体的に ()

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 25 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一つを選んで○をつけてください。

- ①保健所職員による面接相談（1.定期的実施、2.随時実施、3.実施していない）
- ②精神科嘱託医による面接相談（1.定期的実施、2.随時実施、3.実施していない）
- ③各相談の定期的な専門相談日の有無について、それぞれ該当するものを選んで○をつ

けてください(複数回答可)。

- ア 精神障害地域生活支援 ()
- イ うつ病等の気分障害 ()
- ウ アルコール・薬物関連問題 ()
- エ ひきこもりなど児童・思春期精神保健 ()
- オ 認知症等高齢者精神保健 ()
- カ その他の専門相談(ありの場合は具体的に) ()

5. 訪問指導の実施状況についてお聞きします。

平成 25 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してください。 () 件

6. 社会復帰及び自立と社会参加への支援についてお聞きします。

- (1) 保健所デイケアその他の支援 (1. 実施している、2. 実施していない)
- (2) 関係機関の紹介 (1. 実施している、2. 実施していない)
- (3) 各種社会資源の整備促進及び運営支援 (1. 実施している、2. 実施していない)
- (4) 精神障害者保健福祉手帳の普及 (1. 実施している、2. 実施していない)
- (5) 入院者の地域移行支援 (1. 実施している、2. 実施していない)
- (6) 措置入院者の退院支援 (1. 実施している、2. 実施していない)

7. 入院および通院医療関係事務についてお聞きします。平成 25 年度実績についてお答えください(保健所職員が直接対応した実績がない場合は 0 とお書きください)。

(1) 貴所における措置入院関連の業務実績

	申請・通 報等の 件数	措置診察 (27条) 実施件数	うち措置 入院 (29 条) 件数	緊急措置 診察 (29 条の2) 実 施件数	うち緊急 措置入院 (29条の 2) 件数
第22条(一般申請)	件	件	件	件	件
第23条(警察官通報)	件	件	件	件	件
第24条(検察官通報)	件	件	件	件	件
第25条(保護観察所の長の通報)	件	件	件	件	件
第26条(矯正施設長の通報)	件	件	件	件	件
第26条の2(精神科病院管理者の届出)	件	件	件	件	件
第26条の3(医療観察法の地域処遇の通報)	件	件	件	件	件
第27条第2項による診察	件	件	件	件	件

(3) 困難事例の対応で困難を感じる理由は何ですか？ 当てはまる項目に○をつけてお答えください(複数回答可)。

- ①他の業務で多忙で余裕がない ()
- ②保健所から遠方である(片道1時間以上かかる) ()
- ③家族がいるが、本人が未治療・治療中断で医療支援を拒否している ()
- ④同居家族がいるが、理解・協力を得られない ()
- ⑤独居でかつ未治療・治療中断で医療支援を拒否している ()
- ⑥職員への暴力の危険がある ()
- ⑦パーソナリティ障害等で医療機関にかかっているが対応が困難である ()
- ⑧新たな課題であり新規に対応方法を考える必要がある ()
- ⑨その他(具体的内容:)

C. 平成25年の精神保健福祉法改正により「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が策定され、今後、保健所の目指すべき役割が提示されました。

(1) 今後の保健所の精神保健業務としての重要性をどのように考えますか。それぞれの項目について1～5のうち該当する領域に○をつけてください。

今後果たすべき役割	1大変大きい	2. 大きい	3. どちらともいえない	4. 小さい	5. とても小さい
①精神科救急医療対応	1	2	3	4	5
②市区町村との役割分担や連携	1	2	3	4	5
③多職種アウトリーチ支援体制	1	2	3	4	5
④保健医療福祉データの活用による体制整備	1	2	3	4	5
⑤困難事例の相談・訪問支援	1	2	3	4	5
⑥法第34第1の規定による移送支援	1	2	3	4	5
⑦法第33第1に基づく医療保護入院調整支援	1	2	3	4	5
⑧自死遺族支援	1	2	3	4	5
⑨自殺未遂者支援	1	2	3	4	5
⑩精神保健相談・訪問支援	1	2	3	4	5
⑪ひきこもり相談、訪問等支援	1	2	3	4	5
⑫認知症等の老年期精神障害関連問題	1	2	3	4	5
⑬アルコール・薬物関連事例への支援	1	2	3	4	5
⑭インターネット・スマホ嗜癖等への支援	1	2	3	4	5
⑮精神障害者の地域移行・地域定着支援	1	2	3	4	5
⑯医療観察法対象者への支援	1	2	3	4	5

(2) これからの保健所業務の遂行のために必要な体制整備についてお聞きします。それぞれの項目について1～5のうち該当する領域に○をつけてください。

体制整備を要する事項	1大変大きい	2. 大きい	3. どちらともいえない	4. 小さい	5. とても小さい
①本庁主管課との連携強化	1	2	3	4	5
②精神保健福祉センターとの連携強化	1	2	3	4	5
③児童相談所など県機関との連携強化	1	2	3	4	5
④管内市町村との連携強化	1	2	3	4	5
⑤精神保健福祉相談員の増員	1	2	3	4	5
⑥保健師の増員	1	2	3	4	5
⑦公衆衛生医師の確保	1	2	3	4	5
⑧多職種アウトリーチチームの設置	1	2	3	4	5
⑨精神科医の協力	1	2	3	4	5
⑩措置診察医の確保	1	2	3	4	5
⑪夜間・休日の精神科救急医療体制の整備	1	2	3	4	5
⑫精神科病院と地域援助事業者の橋渡し	1	2	3	4	5
⑬警察・消防等機関との連携・調整	1	2	3	4	5
⑭ハローワーク等労働関係機関との連携・調整	1	2	3	4	5
⑮所内での事例検討会等の強化	1	2	3	4	5
⑯関係機関によるサービス調整会議の強化	1	2	3	4	5

※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（氏名）

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。

2) 市町村調査票

平成26年度障害者総合福祉推進事業
「保健所及び市区町村における精神障害者支援に関する全国調査」
II 市区町村における精神保健及び精神障害者への支援に関する実態調査

<調本質問紙査の目的とご協力の依頼>

わが国では、平成16年に10年計画での精神保健医療福祉改革が開始され、平成18年の障害者自立支援法および精神保健福祉法の施行により、市区町村を第一線機関とし、保健所、精神保健福祉センターなどの県機関、および国による立体的重層構造的な地域精神保健福祉体制が展開されることとなりました。

その後、国をあげての自殺対策、東日本大震災の精神保健・心理社会的支援などを経て精神疾患は5大国民病の一つに位置づけられるようになり、平成25年には、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（以下、精神保健福祉）法の改正、障害者総合支援法の施行、精神疾患対策を盛り込んだ保健医療計画の開始、国内関連法の整備をふまえた国連障害者権利条約の国会承認など今後の精神保健医療福祉施策の方向を大きく変える出来事が相次ぎました。

そして、平成26年4月には精神保健福祉法の施行により「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が新たに告示されました。この指針は、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者（国、地方公共団体、精神障害者本人及びその家族、医療機関、保健医療サービス及び福祉サービスの従事者その他の精神障害者を支援する者をいう）が目指すべき方向性を定めており、市区町村、保健所や精神保健福祉センターが担うべき具体的な役割も示されています。

この指針に示された市区町村、保健所等における役割の具現化には、保健所及び市区町村における精神障害者の地域生活支援および地域住民の心の健康づくりの現状および課題の把握が不可欠です。今回、公益社団法人日本精神保健福祉連盟では、保健所及び市区町村における精神障害者支援の実態および課題の把握と「保健所及び市区町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂に向けた提言の基礎資料とすることを目的に、全国調査を実施することと致しました。

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。

<調査・回答方法及び調査期間>

- (1) 調査方法 全国自治体（人口規模別）への無作為抽出（2分の1）による郵送調査
- (2) 調査対象 政令指定都市、中核市、それ以外の市区町村の精神保健福祉所管課
- (3) 調査期間 平成26年12月1日～平成26年12月19日（金）
- (4) 回答方法 回答用紙を下記宛に返送（平成26年12月20日必着）
- (5) 回答先 公益社団法人 日本精神保健福祉連盟

I 精神保健及び精神障害者の福祉に関する業務の人員体制について

貴市区町村の精神保健及び精神障害者の福祉に関する業務の人員体制について、平成26年度の職員数及び職種をご記入ください。また主たる業務が精神保健福祉(事務分掌もしくは担当業務の概ね 3/4 以上)である職員数を(内数)でお書きください。

	障害福祉所管課			保健衛生所管課			その他()			
	常勤	専従	非常勤	常勤	専従	非常勤	部局名等	常勤	専従	非常勤
〔記入例〕 4人配置(常勤2非常勤2) うち、精神専従者1名				2	1	2	教育部 スクールSW	2	1	2
① 医師										
② 保健師・看護師										
③ 精神保健福祉士										
④ 社会福祉士										
⑤ 臨床心理技術者										
⑥ 事務職										
⑦ その他()										
上記のうち、精神保健福祉相談員 (精神保健福祉法第48条)任命者数	職種			人			職種	人		
	職種			人			職種	人		

※精神保健福祉相談員任命者数は、職種について同表の番号①～⑦及び人数を記入してください。

II 精神障害者の福祉に関する支援について

1 貴市区町村の平成26年度の精神障害者の福祉相談の実施体制について、該当するものを一つ選び☑してください

市区町村による直営(☐障害福祉所管課 ☐保健衛生所管課 ☐障害・保健課)
 障害者相談支援事業所(基幹を含む)に精神障害者の福祉相談業務を委託
 市区町村職員による精神障害者の福祉相談と障害者相談支援事業所(委託)の併用
 指定相談支援事業(障害福祉サービス提供事業所への個別給付)で対応

2 貴市区町村の平成26年度の精神障害者の就労支援及び虐待防止の実施体制について、該当する項目を一つ選びに☑をしてください。(複数回答可)

(1) 障害者就労支援事業	<input type="checkbox"/> 市直営	<input type="checkbox"/> 就労支援業務を委託	<input type="checkbox"/> 併用
(2) 障害者虐待防止センター事業	<input type="checkbox"/> 市直営	<input type="checkbox"/> 相談支援事業所に委託	<input type="checkbox"/> 併用

3 貴市区町村の平成25年度の精神障害者福祉に関する相談実績について伺います。

(1) 福祉行政報告例による精神障害者福祉に関する相談件数	延	件
(2) 福祉行政報告例による精神障害者への訪問支援	延	件

4 貴市区町村管内の平成25年度の相談支援事業所の相談支援実績等について伺います。

(1) 相談支援事業所による精神保健福祉相談件数	延	件
(2) 相談支援事業所への訪問依頼件数	延	件
(3) 相談支援事業所職員との同行訪問件数	延	件

5 精神障害者の福祉相談に関する相談支援について伺います。

貴市区町村では平成25年度どのような相談内容がありましたか。該当する項目に☑をしてください。(複数回答可)

(1) 社会復帰・生活支援	<input type="checkbox"/> 制度利用支援 <input type="checkbox"/> 障害年金申請相談 <input type="checkbox"/> セルフケアプラン作成支援 <input type="checkbox"/> 地域相談申請支援 <input type="checkbox"/> 居住支援申請支援 <input type="checkbox"/> 成年後見制度利用支援 <input type="checkbox"/> 計画相談(プラン作成)支援 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 委託先もしくは相談支援事業所への助言・調整
(2) 就労支援	<input type="checkbox"/> 就労相談 <input type="checkbox"/> 準備訓練 <input type="checkbox"/> 職場開拓 <input type="checkbox"/> 職場定着支援 <input type="checkbox"/> 委託先への助言・調整 <input type="checkbox"/> その他()
(3) 虐待通報・相談対応	<input type="checkbox"/> 虐待者への介入 <input type="checkbox"/> 被虐待者の安全確保 <input type="checkbox"/> 養護者支援 <input type="checkbox"/> 職場訪問 <input type="checkbox"/> 福祉サービス提供事業所への指導 <input type="checkbox"/> 都道府県への協力 <input type="checkbox"/> その他()

6 貴市区町村の障害福祉サービス提供事業の実施状況と今後の方針について伺います。障害福祉サービスごとに、下記の選択肢(A)から(F)のうち該当するものを一つ選択してください。

(1)	特定相談支援	
(2)	一般相談支援	
(3)	共同生活援助	
(4)	居宅介護、重度訪問介護、重度包括支援	
(5)	日中活動(自立訓練生活訓練、就労継続 B)	
(6)	就労支援(就労移行、就労継続 A)	

<選択肢>

- A) ニーズに対してサービス提供体制が不足しているため、量的整備をすすめる。
- B) ニーズに対してサービス提供体制が不足しているが、財源の問題があるため量的整備ができない。
- C) ニーズに対してサービス提供体制が不足しているが、事業所の応募がないため量的整備ができない。
- D) ニーズとサービス提供体制はほぼ合致している。
- E) ニーズとサービス提供体制について、特に把握していない。
- F) その他()

7 市区町村長が精神保健福祉法第33条第3項に基づき同意した事例について伺います。

(1)平成25年度の保護者同意件数(旧法)		件
(2)平成26年4月1日～9月末までの新規同意件数(改正法)		件
(3)(2)の疾患別件数	a)統合失調症	件
	b)気分障害	件
	c)認知症等老年期	件
	d)その他()	件

(4) 平成26年4月1日～9月末までに入院同意した事例に関し実施した業務について、該当するものに○を付けてください。また⑦～⑩は実件数をお答えください。

① 非自発的受診導入のための訪問支援及び医療調整		
② 入院時の診察への同席		
③ 入院後1ヶ月以内の診察への同席及び主治医への病状調査		
④ 入院後3ヶ月以内の面会及び退院後生活環境相談員との調整		
⑤ 退院支援委員会への参加		
⑥ 財産上権利の保護		
⑦ 成年後見申立に関する支援・調整	a) 本人申立の支援	実 件
	b) 市区町村長申立	実 件
	c) 成年後見人の推薦	実 件
⑧ 当該入院者の退院の支援		実 件
⑨ 精神保健福祉法の退院等請求権(法第38条の4)の行使		実 件

8 市区町村長が心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(医療観察法)の規定に基づき、保護者として関与した事例につき伺います。

(1) 平成25年度の関与した対象者数	件
(2) 平成26年4月1日～9月末までに関与した対象者数	件

Ⅲ 精神保健事業について

1 貴市区町村の平成25年度の精神保健相談の実績について伺います。

(1) 地域保健・健康増進事業報告による精神保健福祉相談件数	延 件
(2) 地域保健・健康増進事業報告による訪問支援件数	延 件

2 精神保健相談について、貴市区町村では、平成25年度にどのような内容の相談がありましたか。該当する項目に☑をしてください。(複数回答可)

① 受診勧奨・受療援助	<input type="checkbox"/> 受診前家族相談 <input type="checkbox"/> 訪問支援 <input type="checkbox"/> 医療調整 <input type="checkbox"/> 受診同行支援 <input type="checkbox"/> 診察同席 <input type="checkbox"/> 委託・特定相談支援事業所紹介 <input type="checkbox"/> その他()
② 退院支援	<input type="checkbox"/> 入院中の関与(<input type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> 診察への同席 <input type="checkbox"/> カンファレンス) <input type="checkbox"/> 退院支援委員会への参加 <input type="checkbox"/> 退院後環境相談員と連携 <input type="checkbox"/> 一般相談支援事業所と連携 <input type="checkbox"/> 住居設定等居住支援 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス利用調整 <input type="checkbox"/> 就労支援機関との連携 <input type="checkbox"/> 相談支援事業者へ委託 <input type="checkbox"/> その他()
③ 認知症者への支援	<input type="checkbox"/> 市区町村精神保健福祉担当者による相談支援 <input type="checkbox"/> 市区町村高齢者福祉・介護保険担当者による相談支援 <input type="checkbox"/> 地域包括センターによる相談支援(<input type="checkbox"/> 市直営 <input type="checkbox"/> 委託) <input type="checkbox"/> 居宅介護事業所・ケアマネジャーにつなぐ <input type="checkbox"/> その他()

⑥ 児童・思春期精神保健		
⑦ 自死遺族		
⑧ その他(対象:)		

5 当事者支援に関する健康教育・集団指導等事業について伺います。貴市区町村で平成25年度及び26年度(予定含む)に実施した事業に○をつけてください(複数回答可)。

	平成25年度	平成26年度
① 精神障害者の社会参加に向けたグループ支援		
② ピアサポート・ピアカウンセリング事業立上げ支援		
③ ピアサポート・ピアカウンセリング団体への支援		
④ うつ病者のグループ支援		
⑤ うつ病者のリワーク支援		
⑥ アルコール健康障害に関する健康教育・集団指導		
⑦ アルコール依存症者の回復支援		
⑧ 薬物使用障害に関する健康教育・集団指導		
⑨ 薬物使用障害者の回復支援		
⑩ ひきこもり当事者のグループ支援		
⑪ その他(対象:)		

6 組織育成及び団体支援について伺います。貴市区町村で平成25年度及び26年度(予定含む)実施した事業に○をつけてください(複数回答可)。

	平成25年度	平成26年度
① 精神障害者当事者団体の育成及び支援		
② 精神障害者家族会の育成及び支援		
③ アディクション関連自助グループの育成及び支援		
④ 精神障害就労支援のための職親会等の支援		
⑤ 精神保健ボランティア団体の育成及び支援		
⑥ 心の健康推進員・ゲートキーパーの育成及び支援		

IV 福祉・保健共通事項

1 貴市区町村(行政内)の精神保健関連業務について伺います。

貴市区町村では精神保健及び精神障害者の福祉業務所管課の他に、精神保健関連業務を実施している部署はありますか。ある場合は、該当する部署の平成26年度配置に関して職種及び人数をご記入ください。(職種は下記選択肢からアルファベットでご記入ください)

	職種	人数
① 企画調整所管課		人
② 福祉総務所管課		人
③ 生活保護・生活困窮者自立支援所管課		人
④ 児童福祉所管課		人

⑤ 高齢者・介護保険所管課		人
⑥ 国民健康保険・後期高齢者医療保険所管課		人
⑦ DV(ドメスティックバイオレンス)所管課		人
⑧ 教育部局		人
⑨ その他()		人

<選択肢>

a)精神保健福祉士 b)保健師・看護師 c)社会福祉士 d)心理職 e)事務職 f)その他()

2 精神保健福祉所管課以外の部署が把握した事例への精神保健相談に関する対応について、該当するものに最も近い選択肢に☑をしてください。

<input type="checkbox"/> 当初来所した窓口の部署が引き続き対応する <input type="checkbox"/> 精神保健所管課が引き継ぎを受け相談対応する <input type="checkbox"/> 保健所にケースを引き継ぐ <input type="checkbox"/> 委託相談支援事業所に依頼する <input type="checkbox"/> 特定相談支援事業所に依頼する <input type="checkbox"/> 所内会議で対処方針を検討し、担当を決定する <input type="checkbox"/> 保健所と相談し助言を受け、担当を決定する <input type="checkbox"/> その他()
--

3 貴市区町村管轄の保健所との精神保健福祉業務連携(自殺対策業務を含む)について伺います。保健所との業務連携に関して、次の各領域について平成26年4月1日から9月末日までの実績がある業務に○をつけてください。また各項目の連携頻度について、選択肢から該当するものを一つ選びお答えください。(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)。

	連携あり	頻度
① 企画調整業務(課題や業務の方向性の検討、関係会議開催等)		
② 市区町村障害者計画・障害福祉計画の策定に関する協力		
③ 障害者総合支援法第89条の3第1項協議会への参画		
④ 普及啓発事業の共催等		
⑤ 自殺対策事業の共催等		
⑥ 精神保健福祉相談の同席・訪問(緊急対応を含む)への同行		
⑦ 処遇に関するコンサルテーション・事例検討会への参画		
⑧ 市区町村や地域の障害福祉サービス提供事業所職員の研修		
⑨ その他()		
選択肢 a)ほぼ毎日 b)週に2～3回程度 c)週1回程度 d)月2～3回程度 e)月1回程度 f)2ヶ月1回程度 g)3ヶ月1回程度 h)6ヶ月1回程度 i)年1回程度 j)その他()		

4 精神保健相談に関する対応の困難さについて伺います。

(1)市区町村での対応について該当する項目を1つ☑してください。

- 市区町村で概ね対応ができる(あまり困難はない)
- 多少の困難はあるが対応可能
- ある程度困難を抱えており、対応に苦慮している
- 対応は困難

(2)市区町村での対応が困難な個別相談について、該当する項目を5つ☑してください。

- 医療機関受診を拒否している事例(非自発的な受診に関する支援)
- 医療中断・症状が再燃している事例
- 大声や威嚇行為など近隣での迷惑行為や他害行為を伴う事例
- 社会的ひきこもりの事例
- 家庭内暴力がある事例
- 虐待問題
- 自傷行為・自殺未遂の事例
- アルコール・薬物関連等の事例
- インターネット・スマホ嗜癖等の事例
- 認知症等の老年期精神障害関連問題の事例
- その他(具体的内容: _____)

(3)(2)の困難事例の対応で困難を感じる理由についてについて、該当する項目を5つ☑してください。

- 業務量が多く他の業務が多忙で余裕がない
- 市区町村庁舎から遠方で時間的な制約がある(片道 30 分以上かかる)
- 家族がいるが、本人が未治療もしくは治療中断し、医療支援を拒否している
- 家族がいるが、理解・協力を得られない
- 独居で、未治療もしくは治療中断し、医療支援を拒否している
- 職員への暴力の危険、他害の恐れがある
- パーソナリティ障害等で医療機関にかかっているが対応が困難である
- パーソナリティ障害等で医療機関とつながらず対応が困難である
- 新たな課題であり新規に対応方法を考える必要がある
- 本人のニーズが分かりにくい
- 対応の仕方がよく分からない(アセスメントが難しい)
- 対応困難時に相談できる機関が分からない
- 緊急性がある場合に即時対応する体制がない
- 法的根拠が薄く介入が困難もしくはできない
- 専門職の配置がない(もしくは少ない)ため対応できない
- その他(具体的内容: _____)

(4)どのような体制を整備すれば精神保健相談及び精神障害者支援の対応の困難さが軽減されると考えますか。該当する項目を大項目から3つ選択し☑してください。また、選択した項目に小項目がある場合、〔 〕内の該当するものに☑してください。(〔 〕内は複数回答可)

- 嘱託(非常勤)で専門職を配置する
- 委託相談事業所(基本相談)・基幹相談支援事業を充実する
- 指定(特定・一般)相談支援事業所の運営を安定化する
- 保健所や精神保健福祉センターによるバックアップ体制を強化する
- その他()

6 平成25年の精神保健福祉法改正により「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が策定され、今後、関係行政の目指すべき役割が提示されました。

(1)今後の市区町村行政における精神保健業務としての重要性について伺います。それぞれの項目について1～5のうち該当するものに○をつけてください。

今後、市区町村が果たすべき役割	1. とても 大きい	2. 大きい	3. どちらと もいえ ない	4. 小さい	5. とても 小さい
① 精神科救急医療体制の整備	1	2	3	4	5
② 相談支援事業者との役割分担や連携	1	2	3	4	5
③ 多職種による在宅の重度精神障害者へのアウトリーチ支援体制の構築	1	2	3	4	5
④ 保健医療福祉データ活用による体制整備	1	2	3	4	5
⑤ 困難事例への訪問支援	1	2	3	4	5
⑥ 法第34第1の規定による移送支援	1	2	3	4	5
⑦ 法第33第1に基づく医療保護入院調整支援	1	2	3	4	5
⑧ 自殺未遂者支援	1	2	3	4	5
⑨ 自死遺族支援	1	2	3	4	5
⑩ 精神保健相談・電話	1	2	3	4	5
⑪ ひきこもり相談、支援	1	2	3	4	5
⑫ 認知症等の老年期精神障害関連問題	1	2	3	4	5
⑬ アルコール・薬物関連事例への支援	1	2	3	4	5
⑭ インターネット・スマホ嗜癖等への支援	1	2	3	4	5
⑮ 精神障害者の地域移行・地域定着支援	1	2	3	4	5
⑯ 医療観察法事例への支援	1	2	3	4	5

(2)今後の行政の精神保健業務に関する都道府県と市区町村の役割分担について伺います。次の各項目について、主たる実施機関と考える機関を項目ごとにいずれか一つ選び○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)。

	都道府県等	市区町村
① 精神科医療提供体制の確保・整備		
② 精神科医療機関への監査・指導による人権への配慮		
③ 精神医療審査会の充実による適正な医療の確保		
④ 心の健康づくりに関する普及啓発		

⑤	精神保健相談(電話、面接、訪問)		
⑥	重度かつ慢性の精神障害者の地域処遇		
⑦	措置入院患者の退院支援		
⑧	精神科病院からの地域移行支援(地域定着支援を含む)		
⑨	多職種によるアウトリーチ支援体制の構築		
⑩	ひきこもり相談・訪問支援		
⑪	学校保健における精神保健の啓発普及		
⑫	自殺対策事業のうち啓発普及		
⑬	ゲートキーパー養成など精神保健サポーターの育成		
⑭	自殺対策事業のうち対面相談支援事業		
⑮	自殺対策事業のうち自死遺族への支援の充実		
⑯	アルコール健康障害対策事業のうち啓発普及		
⑰	アルコール依存症者回復支援		
⑱	薬物使用障害に関する普及啓発		
⑲	薬物依存症者回復支援		
⑳	医療観察法地域処遇・触法精神障害者の地域生活支援		
㉑	認知症等老年期精神保健・高齢精神障害者の生活支援		
㉒	地域の福祉サービス従事者への研修等人材育成		

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

【回答者】

市区町村名		都道府県名()
人口規模	<input type="checkbox"/> ～10万人未満 <input type="checkbox"/> 10万人以上～30万人未満 <input type="checkbox"/> 30万人以上	
区分	<input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 特別区 <input type="checkbox"/> 政令指定都市(第1号) <input type="checkbox"/> 中核市(第2号) <input type="checkbox"/> 保健所政令市(第3号)	
回答者所属名	部	課・室
回答者氏名		職種()
回答者連絡先	電話 () FAX ()	E-MAIL

3) 好事例（ベストプラクティス）の選考基準

精神障害者支援の好事例（ベストプラクティス）推薦のお願い

2014年12月1日

公益社団法人日本精神保健福祉連盟

平成26年度障害者総合福祉推進事業

「保健所並びに市町村における精神障害者支援に関する全国調査」検討委員会

<本質問紙調査の目的とご協力の依頼>

わが国では、平成16年に10年計画での精神保健医療福祉改革が開始され、平成18年の障害者自立支援法および精神保健福祉法の施行により、市区町村を第一線機関とし、保健所、精神保健福祉センターなどの県機関、および国による立体的重層構造的な地域精神保健福祉体制が展開されることとなりました。

その後、国をあげての自殺対策、東日本大震災の精神保健・心理社会的支援などを経て精神疾患は5大国民病の一つに位置づけられるようになり、平成25年には、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（以下、精神保健福祉）法の改正、障害者総合支援法の施行、精神疾患対策を盛り込んだ保健医療計画の開始、国内関連法の整備をふまえた国連障害者権利条約の国会承認など今後の精神保健医療福祉施策の方向を大きく変える出来事が相次ぎました。

そして、平成26年4月には精神保健福祉法の施行により「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が新たに告示されました。この指針は、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者（国、地方公共団体、精神障害者本人及びその家族、医療機関、保健医療サービス及び福祉サービスの従事者その他の精神障害者を支援する者をいう）が目指すべき方向性を定めており、市町村、保健所や精神保健福祉センターが担うべき具体的な役割も示されています。

この指針に示された市町村、保健所等における役割の具現化には、保健所及び市町村における精神障害者の地域生活支援および地域住民の心の健康づくりの現状および課題の把握が不可欠です。そこで、今回、公益社団法人日本精神保健福祉連盟では、保健所及び市町村における精神障害者支援の実態および課題の把握と「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」の改訂に向けた提言の基礎資料とすることを目的に、全国調査を実施することと致しました。併せて「ベストプラクティス」事例のご推薦をお願いするものです。

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たします。

2014年10月29日
平成26年度障害者総合福祉推進事業
「保健所並びに市町村における精神障害者支援に関する全国調査」検討委員会幹事会

はじめに

上記の本指定課題では、精神障害者の地域生活支援に関わる諸課題を掘り下げ、保健所及び市町村における精神障害者支援の今後のあり方を展望するため、好事例を収集します。具体的には、全国各地の先進事例を発掘し、その成功要因を分析・理論化しつつ、ベストプラクティス事例集として取りまとめます。

◎選考の方法について

全国の精神保健福祉センター及び精神保健福祉に関わる学識経験者（関連学会の理事等）にご推薦を頂きたいとお願いするものです（できれば全国で20実践程度）。

推薦締め切り；2014年12月15日（月）

推薦連絡・送付先；（本調査研究企画担当）

早稲田大学人間科学学術院 田中 英樹

E-mail：t-hideki@waseda.jp

Tel/Fax 04-2947-6952

ご推薦いただいた実践事例を検討委員会幹事会で「選考評価基準」をもとに、査定します。選考評価基準の各項目は、大変優れている（A+）、やや優れている（A）、優れている（B）、あともう一歩である（C）、相当な努力を要する（D）の5段階で評価します。なお、D評価項目が複数（2個以上）あった実践は選考から除外します。GPA評価でそのベスト20までを選考し、必要な場合は、現地調査を実施します。最終的にはベスト10を選出し、その評価を行います。

◎選考評価基準は、以下の通りです。

好事例の選考評価基準

1. 実践の対象は、精神障害のために日常生活及び社会生活に相当の援助を必要としている人々であること

解説：ここで規定する実践の対象とは、精神保健福祉法第5条に規定する「精神疾患を有する者」のみでは不十分であり、障害者基本法第2条に規定する「長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」の条件を満たすものとした。なお、対象には準広義の精神保健を加えることとした。具体的には、アルコール関連障害、ひきこもり、自殺予防、軽度発達障害、高次脳機能障害、認知症なども含まれる。

2. 実践の焦点は、生活能力の改善にとどまらず、多様な活動と社会参加を目指した実践であること

解説：実践の焦点は、国際生活機能分類 ICF の全体の枠組みを踏まえ、心身機能・身体構造、活動や参加、背景因子を含む生活機能のトータルな改善に接近する実践であることとした。具体的には、地域で暮らす精神障害者の生活（居住・就労・所得・人との交流・余暇活動・相談や医療支援など）の充実を図る実践であることとした。

3. 当事者が患者としてではなく社会の一員として迎え入れられ、市民権の回復と擁護につながる活動であること

解説：精神科リハビリテーションと生活支援の展開が単に病状の回復や改善、再発の防止や疾病の管理に限局した活動ではなく、生活者としての精神障害者の市民権の回復や権利擁護を含む活動とした。また、疾病と障害に対する国民の正しい理解の促進（アンチ・スティグマ運動による偏見の軽減）を進めることも含まれる。

4. 個別支援の実践は、利用者及び家族の希望に基づき、関連した社会資源のみならず一般社会資源を含めた、統合した援助を図っていること

解説：実践が利用者本人や家族のニーズ、願いに基づいたものであることと、精神障害者本人のみならず、日常的なケアに担い手である家族も支援対象としていることや、ニーズの実現が精神障害者に専用または関連した社会資源に結びつけたり、開発したりするにとどまらず、ごく普通にある一般社会資源の活用を含めた市民としての統合を図ることを目標とした。

5. 実践の基盤は、閉鎖的・自己完結的ではなく、地域との結びつきやネットワークを拡げる活動であること

解説：閉鎖的・自己完結的とは、一個人や組織、一期間や施設、一法人内で完結する展開をいう。地域との結びつきやネットワークとは、自己完結型の限界を超えて様々な地域資源、人々、機関や施設と結びついた開かれた実践のことをさす。具体的には、関係する医療機関、リハビリテーション施設、福祉サービス事業者、福祉事務所、社会福祉協議会、教育機関、労働機関、精神障害者の自助グループ、家族会や民間支援機関等との地域ネットワークを形成していく活動であること。

6. 実践は、利用者の自立を支える医療及び他の社会サービスと結びつき、地域生活の QOL を高めるものであること

解説：精神障害者の地域での自立生活を支援するために、医療の継続は前提としつつ、保健、福祉、居住、労働、教育、文化など様々な社会サービスとの有機的な連携や包括的な支援が展開されて、精神障害者のよりよい生活を目標としている実践とした。

7. 実践は、人材としての利用者及び専門家を育成していること

解説：実践が一代で終わることなく、次世代の人材を育てていることや精神障害者本人や家族、また関わる市民や専門家を新たな精神障害リハビリテーションや精神障害者福祉の担い手として育てていることとした。具体的にはピア活動やセルフヘルプグループの支援、家族会活動の支援、専門家の養成なども含む。

8. 実践は、入院中心主義から地域生活への転換を図る流れを促進するものであること

解説：精神科病院に長期入院している受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者の退院促進、地域移行・地域定着支援を促進している実践であることとした。具体的には、精神科病床数を削減し、地域生活を支援するサービスを新たに開拓していることも含む。

9. 実践は、公民のパートナーシップと協働を基盤として、様々なフォーマルサービスとインフォーマルサービスを結びつけた実践であること

解説：市区町村や指定都市及び県（保健所・精神保健福祉センター）など自治体との連携・協働が基盤となった活動であること。その結果、様々なフォーマルサービスとインフォーマルサービスが対等に結びついた活動であることが重要になる。なお、この項目は倍の得点で評価する。

10. 実践は、歴史的に蓄積され検証されたものであり、現在も発展を続けていること

解説：歴史の蓄積とは、その実践の始まりからおおよそ5年以上の実績を目安とし、将来も発展が期待されるモデルであることを意味し、検証とは上記の1から9までの要素が歴史的に蓄積もしくは発展してきた成果であることをいう。なお、この項目は倍の得点で評価する。

《評価票》

評価項目	評価内容（3行以内で記入）	評価点（Fは非該当）
1		A ⁺ 。 A, B, C, D, F
2		A ⁺ 。 A, B, C, D, F
3		A ⁺ 。 A, B, C, D, F
4		A ⁺ 。 A, B, C, D, F
5		A ⁺ 。 A, B, C, D, F
6		A ⁺ 。 A, B, C, D, F
7		A ⁺ 。 A, B, C, D, F
8		A ⁺ 。 A, B, C, D, F
9（2倍）		A ⁺ 。 A, B, C, D, F
10（2倍）		A ⁺ 。 A, B, C, D, F

特記事項		
総合点		／120

推薦団体・ 機関・ 施設名		住所	〒
代表者 氏名		連絡先 (Eメール・ 電話)	

記入者連絡

氏名		所属	
職名		連絡先 (Eメール)	

検討委員会名簿（氏名・所属）

大西 守	（日本精神保健福祉連盟常務理事）
田中 英樹	（早稲田大学人間科学学術院教授）
桑原 寛	（神奈川県精神保健福祉センター所長）
伊藤 真人	（川崎市精神保健福祉センター所長）
大塚 俊弘	（長崎県県央保健所長・全国保健所長会）
野口 正行	（岡山県精神保健福祉センター所長）
伊東 秀幸	（田園調布学園大学教授）
金田一正史	（千葉県精神保健福祉センター・全国精神保健福祉相談員会会長）
斎藤 秀一	（川越市保健所・全国精神保健福祉相談員会理事）
山本 賢	（飯能市健康推進部保健センター・全国精神保健福祉相談員会理事）
呉 恩恵	（早稲田大学人間科学学術院助手）

調査協力委員

田邊 等	（北海道立精神保健福祉センター）
中村 征人	（愛知県瀬戸保健所）
松山とも代	（豊中市健康福祉部保健所）
田所 淳子	（高知県中央東福祉保健所）
三井 敏子	（北九州市精神保健福祉センター）
遠藤 悦夫	（品川区保健所）
仲本 晴男	（沖縄県精神保健福祉センター）
岩崎 香	（早稲田大学）
小池 尚志	（相模原市精神保健福祉センター）

厚生労働省 平成26年度障害者総合福祉推進事業

保健所及び市町村における精神障害者支援に関する全国調査 報告書

発行日 平成27(2015)年3月

発行者 公益社団法人 日本精神保健福祉連盟
会長 仙波 恒雄

発行所 公益社団法人 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
