

広報誌 No.51

人口減少時代の メンタルヘルス

2025年 11月



公 益 社団法人 日本精神保健福祉連盟

人口減少時代のメンタルヘルス

特集にあたって

竹島 正 1

子どもの第三の居場所づくりを通じた 地域での見守りの構築

山下 譲 3

孤独・孤立とどう向き合うか： 人口減少社会における精神保健対策の視点から

岩澤敦史、野村恭子 11

歴史学から見る人口減少社会と日本の未来

加藤聖文 19

人口減少時代の地域精神保健 ～行政の取組み～

山本 賢 26

人口減少社会において精神医療はどうなるのか？

島田達洋 34

人口減少社会における精神科看護の使命と展望

吉川隆博 40

【付】 加盟団体の活動状況

広報誌総目録

全国の精神保健福祉センター一覧

特集にあたって

竹島 正

公益社団法人日本精神保健福祉連盟常務理事／編集委員長

日本の人口は減少局面を迎えており、2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は39%の水準になると推計されている。人口減少は社会のさまざまな局面に及び、精神保健医療福祉サービスと関連する諸活動も例外ではない。

一方、明治以降、日本は、人口増加を前提に社会を形成してきたので、社会には、人口減少下の社会に向けての準備が不足している。この特集では、人口減少が、精神保健医療福祉サービスと関連する諸活動にどのような影響を与えるのか、どのように取り組むことが望ましいのか、人口減少社会と子ども、公衆衛生、歴史学、地域精神保健、社会精神医学、精神科看護の視点から、6人の執筆者を迎えてもらった。

「子どもの第三の居場所づくりを通じた地域での見守りの構築」（山下護）は、子どもの自殺を予防するための取組として、子どもの「第三の居場所」づくり、子ども版の「地域包括ケアシステム」の必要性について述べた。

「孤独・孤立とどう向き合うか：人口減少社会における精神保健対策の視点から」（岩澤敦史、野村恭子）は、孤独・孤立は人口減少社会における公衆衛生上の大きな課題であるとして、秋田県における調査と活動を報告し、社会の中にある既存の強みを活かしつつ、柔軟な対応を継続的に模索

することの重要性を述べた。

「歴史学から見る人口減少社会と日本の未来」（加藤聖文）は、明治以降の日本社会の変遷と人口減少社会の到来の必然性を述べたうえで、人口減少社会における「文化」の重要性と、地域共同体の営みによって生成された歴史記録の保全がよりよい未来を描き出すことに役立つと述べた。

「人口減少時代の地域精神保健～行政の取組み～」（山本賢）は、精神保健福祉業務に携わっている公務員による任意団体である全国精神保健福祉相談員会の活動について紹介したうえで、人口減少社会におけるメンタルヘルスの課題を挙げ、さらに自らの勤務する基礎自治体（飯能市）における精神保健の取組みを紹介したうえで、「にも包括」が共生社会の実現に寄与する期待を述べた。

「人口減少社会において精神医療はどうなるのか？」（島田達洋）は、日本の人口と精神科医療ニーズの変化と課題をレビューしたうえで、精神医療の政策・制度改革、最新テクノロジーの実装と精神保健と精神医療の切れ目のない協働の必要性について述べた。

「人口減少社会における精神科看護の使命と展望」（吉川隆博）は、人口減少が精神科看護に与える影響をまとめた上で、精神科看護に求められることとして、多職種

連携の推進、在宅・地域支援の拡充、デジタル技術の活用、倫理的感受性の保持の4点を挙げた。そして、日本精神科看護協会が「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の特定行為研修制度を導入することを紹介し、精神科看護の根幹は「人を支える力」であるとして、質的転換の時代を積極的にとらえる必要があると述べた。

人口減少社会をどう生きるのかは社会全体の課題である。この特集がその議論の一端になれば幸いである。

子どもの第三の居場所づくりを通じた 地域での見守りの構築

山 下 護

前 こども家庭庁支援局 総務課長

1. はじめに

令和6年の一年間で、小中高校生の自殺者数が過去最多の529名と極めて憂慮すべき事態が生じている。さらに近年、子どもの自殺者数は増加傾向にあり、特に、女子中高生の自殺者数が急増している。

厚生労働省が作成した自殺対策白書（令和6年版）では、子どもの自殺の原因・動機については、小学生では「家庭問題」、中学生では「学校問題」、高校生では男性で「学校問題」、女性で「健康問題」が多いなど、年齢別・男女別で様相が異なる。また、教育委員会等の協力を得て、子ども家庭庁が令和5年度に行った子どもの自殺に関する要因分析によれば、以前と変わりなく出席していた事例が約4割であったこと、自殺の危機や心身の不調等について、周囲から気づかれていなかった事例が約2割あったことなども把握できたところである。その一方で、子どもの自殺の現状について、今ある情報から最大限努力して分析したとしても、その背景や要因、女子中高生の自殺者数が近年なぜ増えているか等については、まだまだ把握できていないことが多い。

このレポートでは、子どもの自殺を予防するための取組として、子どもの「第三の居場所」づくりの必要性について述べ、その後に、子どもの自殺の要因分析から得ら

れた示唆について、紹介したい。

2. 子どもの第三の居場所づくり

家族や学校関係者は、日々、子どもに接しているが、それでも子どもの心の状態の変化に気づくことは難しい。

子ども側に思いを聴いてみると、親や先生に悩みを打ち明けられない理由として「心配させたくない」「頑張ることができない弱い人だと思われるのではないか」、「兄弟や他の児童生徒に知られたくない」といった思いを抱いている。また、子どもは、悩みを相談したい人を自ら選び、信頼できるかどうかを確認し、自分がどう思われるかを気にしてしまい、相談するかどうか迷っていることがわかる。こうしたことを考えると、家庭や学校だけでなく、子どもが安心して過ごし、小さな気持ちの変化に気が付き、日頃の悩み等を話したいと思える居場所の選択肢を地域で増やすことが重要ではないかと考えている。つまり、第一の居場所である家庭、子どもにとって第二の居場所となる学校、そして、地域に様々な「第三の居場所」を創り、そこに関わる地域のおとなつながることで、子どもが生活していく上での関係性を密にすることで子どもを守っていくというものだ。

具体的には、児童館やフリースペースのような子どもが立ち寄ることができる場のほか、地域で活動している「子ども食堂」、

子どもの「学習支援の場」など、子どもが日々集い、さまざまなおとなや地域住民と一緒に活動できる取組が地域で広がることにより、子どもが思いや悩みを伝え、つながり合う機会を増やすことができないか。家庭や学校以外の子どもが行きたいと思える「第三の居場所」を地域に増やすことにより、家族や学校の先生などの学校関係者とは違うおとなとの「つながり」が生まれるように支援する必要がある。

子ども家庭庁では、都道府県や市町村が、子どもの「第三の居場所」を運営する民間団体等を支援し、子どもに寄り添い、子どもの気持ちを受け止め、解決に向けたサポートをする機能を担う拠点が増えるよう支援していくとともに、こうした「第三の居場所」と行政がしっかりと連携していくことが重要であると考えている。こうした取組が地域で広まることで、子どもの自殺を予防するセーフティネットが強化できると期待している。

「第三の居場所」を広げていく取組を進めていく中では、自殺関連行動のように緊急性が高く、重大ないのちの危機が子どもに差し迫っているような事態も起きると考えられる。こうした場合は、地域で活動している「第三の居場所」だけで動くのは大変困難であるため、児童相談所、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所、警察等、関係行政機関が連携して対応し、子どもの命を守るため素早く行動することが重要である。地域で自主的に取り組んでいる、さまざまな「第三の居場所」の取組を推進し、行政が活動を阻害しないようにする一方で、緊急時には関係行政機関が共に連携して支援することが重要である。

特に、自殺の要因との関連が示唆されている、子どもの逆境的体験（例えば貧困、虐待、いじめ、体罰・不適切な指導、暴力、経済的搾取、性犯罪・性暴力など）といった、子ども自身ではどうすることもできない課題に対応するためには、関係行政機関の連携と支援が必須となる。

このように、子どものために柔軟に動くことができる「第三の居場所」をはじめとした地域の民間団体の関係者が、日頃から子どもと過ごす場を創設し、子どもが援助を求めるに躊躇している場合や、精神的に混乱し、その状況の整理がつかない段階であっても、子どものそばで状況を見守り、リスクが高まった時には専門的な関係行政機関と連携することで、子どもの安全を確保した上で必要な支援につなげることが可能となる。地域の身近な安心・安全な「第三の居場所」と子どもがつながることが、継続的な支援のみならず、その後の包括的な支援に結び付くきっかけとなり得る。子どもとともに過ごし、寄り添う民間団体等の「第三の居場所」と関係行政機関がつながり合い、深刻な案件にもフレキシブルに対処し、未然に防ぐことができるこども版の「地域包括ケアシステム」を構築していく必要がある。

もちろん、こうした地域での「第三の居場所」は、子どもだけでなく、若者にとっても必要である。成育歴等の様々な背景から、家庭や学校、社会とのつながりを失い孤立している、又は、孤立しがちな若者に対し、行政、民間団体だけでなく、若者の生活圏にある地域の商店街や企業等が連携して支援することも重要である。民間団体等の取組により、活気を失っていた地域の

つながりが再び活発になり、地域における若者の居場所や役割、活躍の場が創設され、いきいきと生活できるようになった事例もある。「第三の居場所」づくりとは、地域のつながりを再構築し、こども、若者、誰もがいつでも困ったときに支え合う拠点づくりとなる。

この「第三の居場所」については、物理的なものに限らず、電話やネット、バーチャル空間等でも構築できる。つながりを失い、身近に信頼できる者がいないなどで、電話相談や対面相談につながりにくい、生きることに困難を抱えたこども・若者も多く存在することから、24時間相談できるSNS相談窓口等を拡充・周知することも必要だ。電話・SNS相談事業者と行政・地域における支援団体等が連携する体制を構築し、相談から地域における支援までを円滑に移行できる取組を促進しなければならない。民間団体が実施するこども・若者の「第三の居場所」の運営拠点を形成するとともに、こども・若者の思いを受け止め、継続的・長期的に伴走しながら、こども・若者が望む生き方を応援し、自立を支える活動を広げていかなければならない。

3. 教育と福祉の連携

地域でこどもの「第三の居場所」を創る際に大切なことは、こどもに関わる地域の教育と福祉の関係者が十分に連携していくことである。地域によっては、「学校が閉鎖的で事案を共有してくれない」「教育の現場も分かっていない者が土足で乗り込んできた」といった教育と福祉の関係者がそれぞれ牽制し合っている場合もある。これまで学齢期のこどもの問題を学校任せにし

ていた地域であれば、教育と福祉の連携が大事と言われても、実際に進むことは難しい。そこで、教育と福祉の関係者がお互い「顔の見える関係」になれるような仕掛けを創っていく必要がある。

例えば、東京都日野市では、教育委員会事務局と児童福祉の部門を同じフロアに集約し、お互いに机を並べて一緒に仕事をし、学校で把握できた児童生徒の様子を直ぐに福祉につなげる取組を実施している。大阪府八尾市では、いじめへの対応について、市長部局が教育委員会事務局や学校と一緒に取り組んでいる。

こども家庭庁としては、こうした好事例の共有・展開を図ることとともに、地域の教育と福祉の関係者がお互い顔の見える関係を築けるよう、各地域でシンポジウムを開催し、教育関係者、福祉関係者それぞれに参加してもらう機会を設ける取組を進めていきたい。家庭のみならず、こどもにとつて大切な学校の関係者と、子育てや家庭をサポートする福祉の関係者が顔の見える関係となり、学校で抱える問題を、学校の教員が躊躇なく福祉に相談し、福祉の関係者も、学校や教員の状況をしっかり理解した上で助言し、場合によっては、保護者やこども、学校との話し合いに参画をしていく。この「顔の見える関係」がPTAや町内会の会長、民生委員・児童委員、商店街の方々、更に地域住民にも広がるきっかけになることを期待している。

こうした広がりにより、こどもが地域で生活していく上で関わる身近な方々が、常日頃からこどもを気にかけ、こどもの様子がいつもと違う場合に気遣っていく、日常的な見守りが構築されると考えている。こ

ういった地域を、医療、保健、福祉、教育などの専門家・関係行政機関が支える体制を構築することが、まさにこども版の「地域包括ケアシステム」であると考えている。

4. 自殺未遂者対策

子どもの自殺における、最大のリスクは自殺未遂行為である。子どもの自殺未遂が起きた場合、救急搬送ケースのみならず、他の自殺関連行動も含め、被虐待児の心のケアや発達障害に対応している児童精神科医をはじめとした、子どもの心のケアを行う医療チームによる早期対応と、継続的なサポートが不可欠である。医療チームは治療だけでなく、本人と家族も含めたケアについて、学校と福祉といった、子どもが暮らす地域の関係者との確に連携していくことが求められているが、残念ながら、保健医療と地域の教育と福祉の連携体制の構築は道半ばである。

例えば、入院治療後に自宅に戻ることもや家族に対して、保健医療の関係者が確実に地域の教育と福祉の関係者にケースをつなぐ。そうすることで、子どもが安心して地域生活に戻ることができる上、地域の福祉の関係者によるアウトリーチ支援を通じて、学校の関係者と共に、子どもだけでなく家族も含めて見守っていく体制を構築しなければならない。保健医療と地域の教育と福祉の関係者との間の切れ目のない支援が実現するためにも、保健医療関係者も、子どもや家族のこころのケアや、地域に必要なケア計画の助言などを、しっかりと地域の教育と福祉の関係者に伝え共有できるようにしていかなければならない。

子どもが自殺未遂をしてしまったという

事実は、家族のみならず周囲の子どもたちにとっても大変な出来事である。突然のこと、家族は、「何が原因だったのか」「どうすれば救えたのか」と戸惑い混乱するばかりであるため、医療・保健・教育・福祉の関係者がしっかりと寄り添い、伴走をし、子どもにとっても、家庭が「こころの安心基地」となるよう家庭全体をサポートできる支援体制を構築していく必要がある。子ども家庭庁としては、医療、保健、教育、福祉の関係者が自殺未遂者に寄り添い、家族も一体的に支援していく体制を構築するために、連携支援の全国実態調査に取り組むこととしている。

なお、従来、子ども家庭庁では、「子どもの心の診療ネットワーク事業」を進めているところである。これは、様々な子どもの心の問題、被虐待児の心のケアや発達障害に対応するため、都道府県及び指定都市における拠点病院を中心として、地域で身近な診療所などの医療機関との連携や保健福祉関係機関との連携した支援体制の構築を図ることを目的とした事業である。まだまだ全国的に広まっていないため、子どもの心のケアができるよう広げていく必要がある。

5. 令和7年6月に成立した自殺対策基本法改正

自殺対策については、自殺者数が平成10年に急増し、その後長らく年間3万人を超えてきた。平成18年に自殺対策基本法

（平成18年法律第85号）が超党派の議員が中心となって制定されて以降、自殺対策は大きく前進し、令和6年の自殺者数は20,320人となっている。

その一方で、こどもの自殺者数については、前述したとおり、増加傾向にあり、令和6年は過去最多という事態である。こうしたことを見越して、超党派の議員立法による自殺対策基本法の一部を改正する法律（令和7年法律第64号。以下「本法」という。）が第217回国会で可決成立した。本法では、こどもの自殺対策を社会全体で取り組むこと等を基本理念に明記するとともに、こどもの自殺の防止等について学校の責務を明らかにするほか、基本的施策を拡充し、地方公共団体がこどもの自殺の防止等について必要な情報の交換及び協議を行う協議会を設置することができるが盛り込まれている。施行は、一部を除き令和8年4月1日となっている。

本法の具体的な内容は次のとおりである。

最初に、本法の基本理念として、自殺対策の社会的取組についての関係機関・関係者の連携と協働によることが明記されるとともに、次の事項が加えられた。

- (1) 自殺対策は、デジタル社会の進展を踏まえ、情報通信技術、人工知能関連技術等の適切な活用を図りながら展開されるようにするとともに、自殺の防止のためには、インターネット等を通じて流通する自殺に関連する情報が及ぼす影響に關し適切な配慮がなされるようとするための取組の促進について特に留意されなければならないこと。
- (2) こどもの自殺対策は、こどもが自立した個人としてひとしく健やかに成長することができ、心身の状況、置かれている環境等にかかわらず、その権利利益の擁護が図られ、将来にわたって健康で心豊かな生活を送ることができ

る社会の実現を目指し、社会全体で取り組むことを基本として、行われなければならないこと。

次に、こどもの自殺対策について、内閣総理大臣、文部科学大臣及び厚生労働大臣は、自殺の実態等を踏まえて適切かつ効果的に策定され、及び実施されるよう、相互に又は関係行政機関の長との間において緊密な連携協力を図りつつ、それぞれの所掌に係る施策を推進しなければならない旨が追加された。なお、こども政策担当大臣は、内閣総理大臣の業務を分掌することとなる。

また、学校の責務として、関係者と連携を図りつつ、こどもの自殺防止等に取り組むよう努めるものとされた。その上で、学校は、自殺防止等の観点から、心の健康の保持のための健康診断、保健指導等の措置を行うよう努めるほか、精神保健に関する知識の向上に努めることが明記された。

あわせて、医療提供体制の整備に関し必要な施策の例示として、精神科医その他の医療従事者に対する自殺の防止等に関する研修の機会の確保が追加された。

続いて、自殺発生回避のための体制として、自殺をする危険性が高い者を早期に発見し、自殺の発生を回避するための適切な対処を行う上で必要な情報が、当該対処を行う関係機関及び関係団体に対し迅速かつ適切に提供されるようにするものとし、そのためには必要な措置が講じられなければならないこととされたほか、国及び地方公共団体は、自殺の防止の観点から、自殺の助長につながるような情報、物品、設備等についてその適切な管理、配慮等に関して注意を促すために必要な措置を講ずるものとされた。

小中高生の自殺未遂者等の支援については、本法の一番重要な点である。自殺対策白書（令和6年版）によると、小中高生では男女ともに自殺未遂があった時期が自殺の一年以内である場合が過半数を占め、特に女子小学生や女子高校生では、自殺からさかのぼり、一ヶ月以内に自殺未遂歴があった者の割合が高い。このため、本法では、こどもの自殺未遂者等への支援に関し、その継続的な支援について明記された。その上で、地方公共団体は、自殺発生回避のための体制の整備等及び自殺未遂者等の支援の施策でこどもに係るものを実施するに当たっては、単独で、又は共同して、学校、教育委員会、児童相談所、精神保健福祉センター、保健所、こども家庭センター、医療機関、当該地域を管轄する警察署等の関係機関、自殺対応やこどもの居場所支援等に係る活動を行う民間の団体その他の関係者をもって構成する協議会を置くことができることとされた。この協議会とは、希死念慮を持つこどもや自殺企図の恐れ、または自殺未遂をしたこどもを守るために、関係行政機関や民間団体その他の関係者が一堂に会し、こどもに寄り添い、見守り、伴走支援できる体制をどのように構築するか議論する、いわば「ケア会議」であると考えている。この「ケア会議」については、法律上、強い権限が設けられている。一つ目は、こどもの自殺の防止のための対処や支援等の措置に関し協議を行うときは、あらかじめ、協議会を構成する者に、当該協議を行う事項を通知するものとし、当該通知を受けた者は、正当な理由がある場合を除き、当該通知に係る事項の協議に参加し、応じなければならないこと、二つ目は、情報の

交換及び協議を行うため必要があると認めるときは、関係行政機関その他の関係者に対して、資料又は情報の提供、意見の表明、説明その他必要な協力を求めることができること、そして三つ目として、協議会を構成する者又は当該者であった者は、正当な理由がなく協議会の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならないこととなっている（秘密の漏洩に対する罰則も設けられた）。その上で、内閣総理大臣、文部科学大臣、厚生労働大臣その他の国の関係行政機関の長及び都道府県は、こどもの自殺の防止等に関し、協議会を構成する者の求めに応じて、必要な助言、資料の提供その他の協力を行うことができるようになっている。なお、この協議会については、自殺未遂者を支援する個々のケア会議として機能するだけでなく、関係行政機関、民間団体等の地域の代表者が定期的に一堂に会することも有効と考えている。地域の代表者が地域の問題点を話し合い、課題について議論するとともに、協議の進行管理を適切に実施するなど、支援のネットワーキングの狭間や、取りこぼしのないよう、機動的・効果的に活用することを考えている。

最後に、自殺者の親族等への支援に関し、その生活上の不安等の緩和の観点からも行うことが明記されるとともに、総合的な支援について規定された。

このように本法では、こどもの自殺者数の増加傾向を憂慮し、その対策について、国、都道府県、市町村、学校、警察、医療機関、民間団体等が一丸になって取り組むことを求めている。こどもの自殺者数が増加傾向であることに対し、真剣に向き合い、効果的な対応策を法律に盛り込んでいただいた

国会議員の皆様に感謝している。今後、こども家庭庁として、関係省庁とも緊密に連携しながら、本法の円滑な施行に向けた準備を進めていくとともに、政府一丸となって、子どもの自殺防止に一層取り組んでいく。

6. 子どもの自殺の要因分析

子どもの自殺対策を進めるために大事なこととして、子どもがなぜ自殺をしてしまうのか、その要因をしっかりと把握する必要がある。

おとなの自殺の要因とは違い、子どもの自殺の要因を分析すると、ある特定の要因があって、その対策をすればよいということではなく、様々な要因があること、その要因が相互に関わっていることがわかる。同時に、自殺に至る要因だけでなく、子どもの支えになる保護要因を明らかにすることも重要であることが示唆されている。こども家庭庁では、令和6年度の「こども政策推進事業費補助金（子どもの自殺対策推進事業）」に基づいて、子どもの自殺の要因分析を実施した。その内容については、厚生労働大臣指定法人いのち支える自殺対策推進センターが令和7年6月に公表した「令和6年度子どもの自殺の多角的な要因分析に関する調査研究報告書」に詳しい。ここでは、要因分析に関する困難さと今後も要因分析を深化させていくためにこども家庭庁が考えていることについて述べたい。

子どもが自殺した場合、警察における調査と学校が行う調査などがある。警察が調査した結果については、最終的に警察庁が自殺統計原票としてまとめている。この自殺統計原票とは、各都道府県警察において、

遺体の死因を自殺と判断した場合に事案ごとに作成される。このため、警察の捜査・調査等の過程上において知り得た範囲であることに留意が必要である。それでも、ここで得られる情報が自殺対策に係る基盤になっている。

次に、学校が行う調査については、学校等で「子供の自殺が起きたときの背景調査の指針」に基づいて行うものとなっている。文部科学省によると、令和5年度においては、基本調査は全件実施しているものの、詳細調査の実施件数は全体の約10%となっている。一方で、調査における共通様式が定まっていないため、調査内容にばらつきが生じたりしている。こうしたことから、現在、文部科学省において、遺族に寄り添った形での調査を実施できるように、遺族への説明資料と意向確認書、遺族への情報提示が適切にされること、基本調査の実施項目を統一すること、遺族の希望があれば、詳細調査を確実に実施すること等を内容とする「子供の自殺が起きた時の背景調査の指針」の改訂を検討しているところである。

警察、学校とは別に、チャイルド・デス・レビュー（CDR：Child Death Review：子どもの死亡検証）がある。これについては、令和2年4月1日に施行された死因究明等推進基本法の附則第2条において、「国は、この法律の施行後3年を目途として、・・・、検討を加えるものとする。」とされ、こども家庭庁において予防のための子どもの死亡検証体制整備のモデル事業が実施されている。一方で、このモデル事業については、情報の取得方法や整備体制等の様々な課題があるため、現在、「CDRの制度のあり方に関する検討会」で本格的な検討を進めて

いるところである。

ところで、警察や学校による調査、又は、CDRであっても、自殺した子どもに係る情報といった遺された情報となってしまう。子どもの自殺の要因分析を探ることは、自殺した子どもに係る情報だけでなく、自殺未遂をした子どもに係る情報、そして、希死念慮を持っている子どもからの相談による情報も含めて、多層的に把握し、分析することが必要ではないか。これらの情報を集めるためには、自殺未遂者に寄り添ってケアをしている方々、子どもからの相談に日夜応じている方々の協力なしには進まない。このため、自殺未遂者に寄り添い、継続的にケアする体制を構築することと同時に、新たに構築していく体制からケアに係る情報が集まるような仕組みを、時間をかけて作っていく必要がある。また、希死念慮を持っている子どもからの相談による情報では、子どもが今、何に困り、悩んでいるのか、またどのようなことで自殺を踏みとどまっているのか、などを把握できる可能性が高い。こうした相談については、対面や電話、SNSやAIなど様々な手段で、様々な団体が各地で取り組んでいることから、個人情報に配慮しつつ、相談現場に集まる情報を効率的に集約して分析することも今後検討していかなければならない。

子どもを取り巻く環境について丁寧に実態を聴き取り、要因分析の更なる深化を図るためにには、今後も、研究者や団体、遺族等と連携しながら、取り組んでいく必要がある。

7. 最後に

子どもの自殺対策については、地域社会

による人のつながりが事態を予防し、悩んでいる子どもや家庭を救うことになると考えている。一昔前、高齢者の介護を家族の問題として社会で対応をしなかったことにより、家族が崩壊し、高齢者への虐待が大きく取り上げられるようになったことを踏まえ、介護保険ができ、高齢者を社会で介護していく仕組みが生まれた。これが結果的に、「地域包括ケアシステム」につながった。同じことが、子どもや子どもの養育に対するケアでもできるのではないか。子どもの育児を家族だけの問題だけでなく、社会の問題、地域の問題としてかかわることで、子どもを見守り、すべての世代が住みやすい社会を築くことができる。子ども家庭庁として、目指すべき社会として、子どもの育ちを支える「地域包括ケアシステム」を築いていきたい。

孤独・孤立とどう向き合うか： 人口減少社会における精神保健対策の視点から

岩澤 敦史^{1), 2)}、野村 恭子¹⁾

1) 秋田大学大学院医学系研究科衛生学・公衆衛生学講座 2) 淑徳大学看護栄養学部

1. はじめに

日本は、急速な少子高齢化と人口減少に直面しており、精神保健の分野においても支援体制を強化する必要性が高まっている。そのような中、2024年には「孤独・孤立対策推進法」が施行されたように、“孤独・孤立”は日本社会全体の喫緊の課題として対策が講じられ始めている。“孤独・孤立”が様々な健康状態の悪化と関連することは、これまでの疫学研究で多数報告されており^{1), 2)}、人口減少社会における公衆衛生上の大きな課題の一つであるといえる。

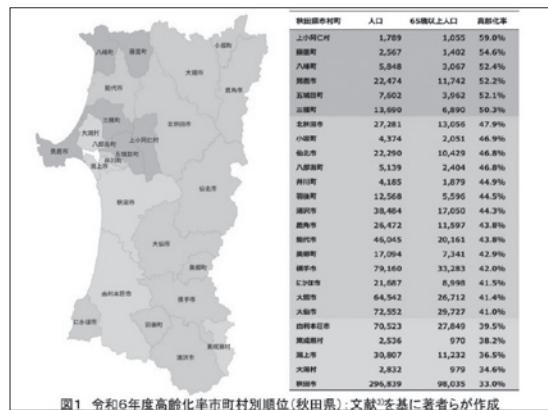
そこで本稿では、近年の人口動態の変化や我々が実施した住民調査の結果をもとに、地方都市・自治体が直面する精神保健上の課題を概説し、人口減少社会における精神保健対策について些少の考察を加えたい。

2. 人口動態の変化と“孤独・孤立”

日本では、2005年から2020年にかけて単身世帯が約600万世帯増加し、2020年には全世帯の約4割を占めるに至っている。なかでも秋田県は全国平均の高齢化率を大きく上回る、最も高齢化が進んでいる地域の一つである（図1）。県全体のデータを見ても、65歳以上の高齢者のみで構成される世帯は全体の36.9%、独居高齢者の世帯は全体の21.0%を占めている³⁾。こうした人口動態の変化は、高齢者を中心に孤独・孤立

のリスクが地域社会で深刻化しつつあることを示しており、秋田県はこの課題にいち早く向き合い対策を講じる先進的な地域として、支援体制の強化や政策モデルの構築に向けた取組が期待されている。

一方で、“孤独”と“孤立”はしばしば同義語のように用いられるが、日常生活の中では必ずしも厳密に区別されて用いられているわけではない。Perlman & Peplau (1981) は、孤独 (loneliness) を「個人の社会的関係のネットワークにおいて、量的ないし質的に重大な欠損が生じた時に生起する不快な経験」と定義した⁴⁾。一方で、孤立は「社会的孤立 (social isolation)」と言い換えられることも多いが、孤立の定義は、「社会的なつながりの数が少ない」、「他者との社会的な接触が少ない」など、客観的な状態を指すことが多い⁵⁾。このように、主観的な感情・知覚である“孤独”と客観



的な状態としての“孤立”は本質的に異なる概念であり、特に公衆衛生の領域ではこれらの違いを明確に区別して捉える観点が一層重要になっている。

3. 自殺予防の観点からみた

孤独・孤立対策

前述の通り、孤独は身体的・精神的健康に悪影響を及ぼすことが知られているが、特に自殺との関連も強いことが指摘されている^{6), 7)}。日本の自殺予防研究は、世界に先駆けて一次予防的な地域介入が自殺率の低下に寄与することを実証しており、その知見が蓄積されてきている⁸⁾。こうした流れの中で、我々が研究活動を行っている秋田県は、公衆衛生学が取り組むべき健康課題として長年自殺対策に取り組んできた地域である。県内で展開してきた取組は、「地域づくり型自殺対策モデル」とも呼ばれ、民間の力で心の悩みに取り組んでいくことをとするNPO法人の活動や地域のつながりの再構築、住民参加型の活動の推進、当事者の視点を重視した支援の推進といった要素が中心となっている。

自殺予防の観点からみた孤独・孤立対策を検討するにあたって留意したいのは、“孤独”と“孤立”は、必ずしも同時に存在するわけではない点である。例えば、孤立した個人が孤独を感じていない場合もあれば、豊富な社会的つながりを持つ個人が孤独を感じる場合もある^{9), 10)}。また、2024年に報告されたデータでは¹¹⁾、日本の自殺者の約3分の2が死亡時に他者と同居していたことが明らかになっている（同居人あり：12,779人、同居人なし：7,365人）。加えて、同居者が親だけの未婚の中高者は自殺リス

クが高いことも報告されており¹²⁾、単なる居住形態や社会的接触の多寡といった客観的な指標だけでは、孤独や自殺リスクの全体像を捉えきれないことが示唆される。

4. 自殺予防の観点からみた

孤独・孤立対策：

住民調査の結果からの知見

これまで述べた先行研究や社会的背景を踏まえ、我々は秋田県のA地域に居住する住民5,000名（20～84歳、要支援2以上の者を除外）を対象に、無記名自記式質問紙による郵送調査を実施した。本調査は、孤独・孤立の実態把握とそれが自殺念慮や心理的苦痛に及ぼす影響を明らかにし、地域の実情に即した対策の立案に資することを目的として実施された。日本では、全ての都道府県および市区町村において自殺対策計画の策定が義務づけられており、本調査もその取り組みの一環として位置づけられている。

初回の調査（ベースライン調査）は2023年8月に行い、2025年8月には同一対象者への追跡調査を予定している。初回のベースライン調査では、性別・年代・家族構成などの基本的属性に加え、孤独（loneliness）や心理的ストレスの程度、自殺念慮の有無等について質問した。5,000名の対象者に対して2,213名からの回答が得られた（回収率：44.3%）。

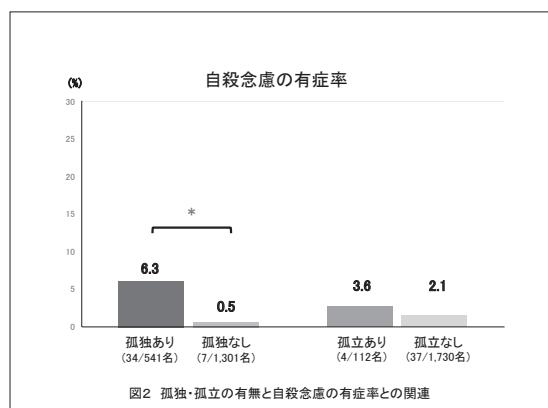
“孤独（loneliness）”については、日本語版UCLA孤独感尺度短縮版¹³⁾の合計得点により算出した（得点範囲：6～24）。この尺度は、カットオフ値が算定されていないため、孤独の有無を判別するにあたり、本研究では第3四分位数以上（15点以上）を

孤独ありとして2群に分類した。また、“孤立（social isolation）”について、本研究では、「通院や買い物以外での外出が週1回未満であり、かつ家族や友人との会話の機会がほとんどない状態」と定義し、社会的接觸の乏しさを示す客観的な指標として評価した。

以下に、本研究結果の一部を示す。最終的に分析に含まれたのは1,842名であり、このうち男性は44.1%であった。年代は、20～30代が18.5%、40～50代が29.6%、60歳以上が51.9%、家族構成において単身世帯の者は6.2%であった。また、“孤独”に該当する者は、29.4%、“孤立”に該当する者は、6.1%、過去1か月に自殺念慮を抱いた者は、2.2%であった。

“孤独・孤立”的有無と過去1か月間の自殺念慮の関連を図に示す（図2）。自殺念慮の有症率は、「孤独あり」の群で6.3%（34/541）、「孤独なし」の群で0.5%（7/1,301）であり、統計学的に有意な差が認められた（カイ二乗検定； $p < 0.001$ ）。一方で、孤立の有無による自殺念慮の有症率では、「孤立あり」の群で3.6%（4/112）、「孤立なし」の群で2.1%（37/1,730）であり、こちらは

統計学的に有意な差を認めなかった（カイ二乗検定； $p = 0.319$ ）。



次に、家族構成（単身世帯または複数人世帯）と孤独の関連についてクロス集計を行った結果を表1、同様に孤立との関連を表2に示す。これらの結果から、単身世帯であることや孤立の有無といった客観的な状態は、主観的な孤独を必ずしも正確に捉えることはできないことを現している。そこで我々は、家族構成や“孤立”的有無にかかわらない、主観的な“孤独”が自殺念慮や心理的苦痛と強く関連するのではないかという仮説をもとに分析を行った。

分析では、自殺念慮の有無を目的変数と

表1. 家族構成と孤独のクロス表

	孤独 (loneliness) ¹		P^2	
	あり	(%)	なし	(%)
家族構成				
単身世帯（n=115）	26	(4.8)	89	(6.8)
複数人世帯（n=1,727）	515	(95.2)	1,212	(93.2)

¹ 日本語版UCLA孤独感尺度短縮版（豊島＆佐藤, 2021）の合計得点により孤独の度合いを算出し、第3四分位数以上を「孤独あり」と定義した。

² カイ二乗検定に基づく

表2. 孤立と孤独のクロス表

	孤独 (loneliness) ¹		<i>P</i> ²
	あり (%)	なし (%)	
孤立 (social isolation)			0.09
該当 (n=112)	25 (4.6)	87 (6.7)	
非該当 (n=1,730)	516 (95.4)	1,214 (93.3)	

¹ 日本語版 UCLA孤独感尺度短縮版（豊島＆佐藤, 2021）の合計得点により孤独の度合いを算出し、第3四分位数以上を「孤独あり」と定義した。

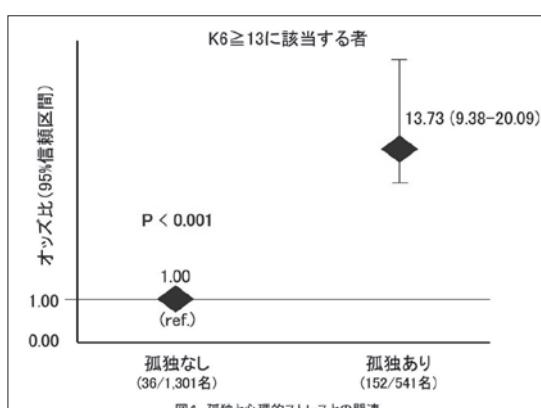
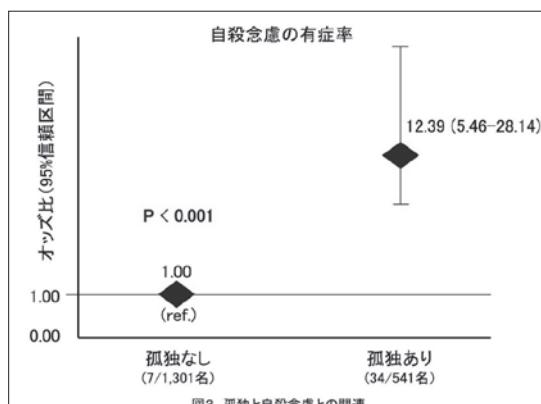
² カイ二乗検定に基づく

し、副次的なアウトカムとして心理的ストレス (K6) のカットオフ値を13以上に設定した¹⁴⁾。説明変数には孤独の有無を用い、ロジスティック回帰分析を実施し、オッズ比 (OR) と95%信頼区間 (95%CI) を推

定した。その結果、孤独を感じている人では、孤独を感じていない人に比べて、自殺念慮や心理的ストレス ($K6 \geq 13$) を抱える人の割合が有意に高いことが示された（図3-4）。さらにこの傾向は、性別、年代、婚姻状況、主観的な経済状況、既往歴、孤立の変数を調整しても、家族構成（単身世帯or複数人世帯）で層別しても認められた¹⁵⁾。

5. 地域施策への示唆：支援の輪の拡大を目指したゲートキーパー養成

孤独が自殺念慮や心理的苦痛と有意に関連する知見は、人口減少や高齢化が進行する地域社会における精神保健施策を検討するうえで重要な視座を提供する。地域で暮らす人々が孤独に陥る背景には、客観的な指標だけでなく、同居家族との関係性や地域コミュニティ内での疎外感など、心理社会的要因が複雑に絡み合っている可能性がある。本研究の知見を踏まえると、地域において孤独を抱える住民にいち早く気づき、心理的・社会的支援へつなげる体制の整備は、今後いっそう重要性を増すと考えられる。こうした背景のもと、A地域では、自殺対策計画の中で、ゲートキーパー



養成研修の受講を全庁的な取組として位置づけ、積極的に実施している。例えば、令和6年度から令和10年度までの5年間で、全ての行政職員がゲートキーパー養成研修を受講する体制を整備し、年間3-4回の研修会を継続的に開催している（図5）。令和6年度以降の研修では、住民が抱える日常的な悩みの具体例や、「孤独」がメンタルヘルスに与える深刻な影響を取り上げながら、地域で暮らす一人ひとりが「気づき」、「声をかける」存在となることの意義を強調している。

また、長年にわたり秋田県で推進されてきた「地域づくり型自殺対策」においては、ゲートキーパー養成や自殺予防の中核的な理念の一つとして、「傾聴」の姿勢が重視されてきた。すでに県内全域においては、自殺予防に関連するメンタルヘルス教育や民間団体主導の研修を通じて、相談対応における基本姿勢－すなわち、相手の話に耳を傾け、穏やかな態度で悩みを受け止め、本人の気持ちに寄り添いながら専門的な支援へつなげる対応－が広く浸透しつつある。

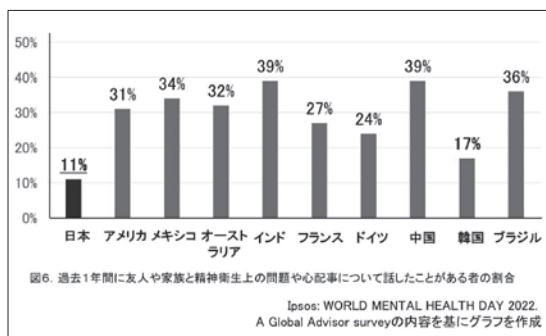
一方で、著者が講師を務めた研修における参加者からのフィードバックでは、「本当に悩んでいる人は表出してくれないために気づくことができない」、「どのような人に声をかけたらいいか分からない」、「実際に声をかける勇気が持てない」といった戸惑いも多く聞かれてきた。つまり、支援の第一歩となる「気づき」や「声かけ」に関しては、まだ十分な理解や実践まで進んでいない現状がうかがえる。このような状況を踏まえると、「自殺の危険を示すサインや悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を



図5. 行政職員を対象としたゲートキーパー養成講座の様子

聞き、必要な支援につなげ、見守る」というゲートキーパーに期待される一連の役割の中でも、特に日常の中での気づきに重きを置いた支援の重要性が再確認されたといえる。

2022年に実施された「世界メンタルヘルスデー調査」の結果によれば¹⁶⁾、日本では精神的な問題や悩みを家族や友人に打ち明ける人の割合が、国際的に見て低いことが示されている（図6）。韓国も日本と同様に自殺死亡率の高い国であるが、両国には特にメンタルヘルスの分野において、日常的な相談の習慣が根付きにくい社会的背景が共通しているのかもしれない。こうした状



況では、支援者側が相手からのSOSを待っているだけでは不十分な可能性があり、一次予防の観点でいえば、保健師などの専門職や周囲の人が出来る限り早い段階でメンタルヘルス不調に気づき、声をかけるなどの能動的なアプローチが重要になるといえる。

さらに、今回の取組でゲートキーパー養成研修の対象となった「行政職員」は、若年層から働き盛り世代、高齢者に至るまで、幅広い年代への窓口業務や日常的な関わりを持つ職種である。こうした職員が研修を通じて、住民のささいな表情や言動の変化に気づき、声をかけ、話を聞き、必要に応じて専門的な支援につなぐゲートキーパーになることは、地域全体の支援の輪を広げるうえで重要になる。本取組は、日常の中

での「気づき」を促進する実践例として、孤独を抱える住民への早期支援の一助となることが期待される。

6. おわりに：人口減少社会における精神保健の展望を添えて

本稿では、人口減少社会における“孤独・孤立”的公衆衛生上の課題に焦点をあて、自殺予防の視点からの支援の重要性を論じた。また、地域住民を対象とした調査結果を基に、孤独・孤立対策としてゲートキーパー養成のプログラムに関する考察を加えた。

国としても、2022年に内閣官房が示した「孤独・孤立対策の基本方針」（表3）において、孤独・孤立の実態把握や相談支援体制の整備、地域における居場所づくりやNPO等との連携強化など、包括的な対策

表3. 孤独・孤立対策の基本方針（内閣官房、2022）

- (1) 孤独・孤立に至っても支援を求める声を上げやすい社会とする
 - ①孤独・孤立の実態把握
 - ②支援情報が網羅されたポータルサイトの構築、タイムリーな情報発信
 - ③声を上げやすい・声をかけやすい環境整備
- (2) 状況に合わせた切れ目のない相談支援につなげる
 - ①相談支援体制の整備（電話・SNS相談の24時間対応の推進等）
 - ②人材育成等の支援
- (3) 見守り・交流の場や居場所を確保し、人と人との「つながり」を実感できる地域づくりを行う
 - ①居場所の確保
 - ②アウトリーチ型支援体制の構築
 - ③保険者とかかりつけ医等の協同による加入者の予防健康づくりの推進等
 - ④地域における包括的支援体制の推進
- (4) 孤独・孤立対策に取り組むNPO等の活動をきめ細かく支援し、官・民・NPO等の連携を強化する
 - ①孤独・孤立対策に取り組むNPO等の活動へのきめ細かな支援
 - ②NPO等との対話の推進
 - ③連携の基盤となるプラットフォームの形成
 - ④行政における孤独・孤立対策の推進体制の整備

を打ち出している¹⁷⁾。

今後は、この方針に沿って、地域に根ざした支援体制をさらに強化し、孤独に悩む人が支援につながりやすい社会づくりが求められる。秋田県では、これまで官・民・学が一体となった取組が自殺予防の推進に貢献してきたが、農村部や中山間地域などでは、住民同士のつながりや伝統的な相互扶助の仕組みがいまなお大きな力として残っている地域も多い。こうした既存の強みを活かしつつ、今後も時代の変化に応じた柔軟な対策を継続的に模索していきたい。

謝辞

本原稿に掲載した研究結果は、JSPS科研費23K10383の助成を受けて実施したものである。

参考文献

- 1) Motillon-Toudic, C., et al. Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives. *Eur. Psychiatry.* 65, e65; 10.1192/j.eurpsy.2022.2320 (2022).
- 2) Park C, et al. The Effect of Loneliness on Distinct Health Outcomes: A Comprehensive Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Res.* Dec;294: 113514. doi: 10.1016/j.psychres. 2020.113514. (2020).
- 3) 秋田県HP. <https://www.pref.akita.lg.jp/pages/archive/8722>. (2024).
- 4) Perlman D, Peplau L: Toward a social psychology of loneliness. *Personal Relationships*, 3: 31-56 (1981).
- 5) Matthews T, et al. Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: a behavioural genetic analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Mar;51 (3) :339-48. doi: 10.1007/s00127-016-1178-7. (2016).
- 6) Shaw, R.J. et al. Living alone, loneliness and lack of emotional support as predictors of suicide and self-harm: a nine-year follow up of the UK Biobank cohort. *J. Affect. Disord.* 279, 316-323; 10.1016/j.jad.2020.10.026 (2021).
- 7) Tachikawa, H., et al. Impact of loneliness on suicidal ideation during the COVID-19 pandemic: findings from a cross-sectional online survey in Japan. *BMJ Open.* 13, e063363; 10. 1136/bmjopen-2022-063363 (2023).
- 8) Motohashi Y. Suicide in Japan. *Lancet.* 7;379 (9823) :1282-3. doi: 10.1016/S0140-6736 (11) 61130-6. (2012).
- 9) Hawkley, L.C., & Cacioppo, J.T. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann. Behav. Med.* 40, 218-227; 10. 1007/s12160-010-9210-8 (2010).
- 10) Golden, J. et al. Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 24, 694-700; 10.1002/gps.2181 (2009).
- 11) 厚生労働省. 自殺の統計：各年の状況. (2024). <https://www.mhlw.go.jp/stf/>

- seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsu_year.html.
- 重点計画（令和4年12月26日孤独・孤立対策推進会議決定）。
- 12) Poudel-Tandukar, K. et al. Japan Public Health Center-based Prospective Study Group. Differences in suicide risk according to living arrangements in Japanese men and women--the Japan Public Health Center-based (JPHC) prospective study. *J. Affect. Disord.* 131, 113-119; 10.1016/j.jad.2010.11.027 (2011).
- 13) 豊島 彩&佐藤 真一. 日本語版UCLA 孤独感尺度（第3版）短縮版の開発 -多世代での使用に向けて-. 老年臨床 心理学研究 2: 19-26.
- 14) Furukawa, T.A. et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the world mental health survey Japan. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 17, 152–158; 10.1002/mpr.257 (2008).
- 15) Iwasawa A., et al. The association between loneliness, suicidal ideation, and psychological distress considering family compositions: a cross-sectional study in a Japanese rural area. *Sci Rep.* 5;15 (1) :11676. doi: 10.1038/s41598-025-96205-1. (2025).
- 16) Ipsos. WORLD MENTAL HEALTH DAY 2022. A Global Advisor survey. https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2022-10/Ipsos-World-Mental-Health-Day-2022_Report_0.pdf.
- 17) 内閣官房 (2022). 孤独・孤立対策の

歴史学から見る人口減少社会と日本の未来

加藤 聖文

駒澤大学文学部歴史学科 教授

人口減少社会の到来

人口減少社会をネガティブに捉えて、自治体はどこもかしこも人口増加を図ろうとしている。しかし、日本全体で人口が減ることは必定なので、結局、少ないパイの奪い合いになってしまい、体力のない自治体は敗北する。その先は文字通りの消滅である。

日本の近代は人口増加の歴史だった。明治維新後の1873年では3340万人だったのが、第二次世界大戦終結時に7200万人、そして1967年に1億人を突破した。そこから人口はさらに増え続け、2008年に1億2808万人でピークを迎えた。

歴史的に日本は江戸時代までほとんど人口は増えていなかったが、これは悪習である間引きや医療の未発達による乳幼児死亡率が高かったことの他、田畠に余裕がない農民や資産の無い町人の場合、次男以下の男子は分家もできず生涯独身であったことなど、子供が成人すれば必ず結婚して家族を持つという社会ではなかったため、結果としてねずみ算式に人口が増加しなかったからである。

しかし、明治以降、近代資本主義が発展するに従って工業労働力の需要が急増し、農村の余剩人口は都市労働者として吸収されるようになった。自立して生活できるようになれば、一家を構えるようになり、結

果として人口は急増する。また、開国して海外へ出られるようになれば、日本国内にとどまらず、海外へ移民する流れも起きた。

日本の近代は人口増加の歴史でもあり、国家としても人口増加は国力増強に直結するものと考えられており、余剩人口をいかに効率的に再配置するかが重要な政策課題であった。

しかし、第一次世界大戦後の経済不況の頃から、農村の過剩人口を都市が吸収できなくなり、さらに昭和期に入ってから起きた世界恐慌によっていよいよ農村の過剩人口対策が急務となり、その流れが満洲移民へと繋がっていった。

だが、余剩人口問題は、日中戦争が勃発すると総力戦を支える貴重な戦力と見なされるようになり、むしろ出産が積極的に推進され、人口はさらに増加した。そして、戦後になってもこの流れは変わらず、むしろ高度経済成長を支える労働力、さらには経済活動の活性化と拡大をもたらす消費者を生み出す人口増加は、日本経済の成長を推進する「燃料」となったのである。

このように近代以降、増加し続けてきた人口が何ら特別な対策も行っていないのに突然、減少に転じた。その原因はさまざまに言われているが、一つ確実なことは近代化が一定の段階に達するとどこの国でも人口が減少に転ずるのであって、日本も例外

ではなかったということである。

ヨーロッパでも先進国は人口が頭打ちであり、さまざまな施策を試みているものの状況を劇的に転換させるものではない。唯一の人口増加もしくは人口規模を維持する方策は、国外から移民を受け入れるしかない。しかし、移民受け入れが、社会に強烈な拒絶反応を引き起こすことは、現在、西ヨーロッパで問題化している移民排斥の動きを見れば明らかである。

日本は欧米ほどではないが、現在の経済システムを維持するためには減少分を移民で補わなければならぬであろう。それを拒否するならば、新しい経済システムを再構築しなければならない。

しかし、現在の日本で新しい経済システムのあり方すら議論されていない。相変わらず、これまでの経済システムを前提として20世紀の経済成長モデルを追求している。その原因は、敗戦の混乱から復興を経て経済大国にまで上りつめたという戦後の成功体験が、思考の転換を妨げていることが挙げられる。日本は戦前、軍事力によって一等国に上りつめたが、その軍事力による成功体験を捨てきれずに最後は無謀な戦争に突入して破滅した。戦後の日本は、経済力によって一等国に上りつめたが、やはりその成功体験に縛られて、いつの間にか経済力も縮小し、国際的影響力を失った。

日本の経済的地位の低下は、1990年代に始まったインターネット社会に適応できなかつたことが最大の要因である。インターネットの出現によって、21世紀の世界の経済力は、工業力ではなく情報力で推し図られる時代に移行した。「ものづくり」にこだわり、今でもデジタル＝ハイテクと勘違い

している日本は、今や完全にデジタル後進国であることを自覚していない。

しかも、日本は少子高齢化という逆風下にも見舞われている。労働力の減少、購買層の縮小は20世紀型工業化社会を前提としている日本にとって致命的である。しかし、21世紀型情報化社会においては決してマイナス要因ではなく、むしろ、それを逆手に取れば新しい経済成長モデルを生み出すことも可能である。

では、新しい経済成長モデルとはいかなるものであるのかについて考察してみよう。

人口減少社会とは いかなるものであるか

人口推移はある程度予測できるが、内閣府の委員会「選択する未来」がまとめた報告書によると2040年頃に底を打てば1億人程度を維持できるとしている。これはかなり楽観的な見方で、実際はもっと悲観的な想定をすべきであろうが、とにかく現状では楽観的に見積もっても1億人社会になることを前提として施策を考えなければならない。

では、1億人社会ということは、1億人を超えた1967年の時点にまで戻ることである。ただし、その時代の生活に戻ることではない。社会の規模がその程度に縮小するというイメージである。例えば、都市は人口増加とともに拡大した。逆にいえば人口減少とともに縮小すると仮定すると、大雑把だが1億人を超えた1960年代後半以前の都市のサイズに戻ると考えられる。さらに、日本人の居住空間がその当時よりも小さくなっている、または高層住宅が増えていることを加味すると、都市の規模は

さらに小さくなる可能性が高い。

東京で考えるならば、大規模ベッドタウンとして1966年から開発された（1971年から入居開始）多摩ニュータウンは、まさにこの仮定からすると1億人社会から弾かれる地域になる。実際、すでに多摩ニュータウンは高齢化と若年層の流出が進み、「限界都市」と呼ばれている。また、埼玉県・千葉県・神奈川県内で東京圏の拡大とともに開発されて人口が急増した地域は縮小することが予測できる。

高度経済成長に伴う郊外の開発は、とにかく住居の供給を優先し、居住環境も交通至便性も犠牲にしたものであった。確かに、新しく開発された地域に鉄道が延伸されたり、新しい道路が作られたりして交通の至便性は向上したものの、都心にある職場へ1時間以上かかる上に通勤時間帯の混雑などの肉体的・精神的負担は大きい。そして、これらの郊外型住宅は核家族を前提にしたものであり、子供は成長すれば彼らの仕事に応じた新しい住居に移り住むスタイルが定着している。

高度経済成長は日本人のこれまでのライフスタイルから家族構成まで大きく変えたが、なかでも重要なことは核家族化であった。そして、核家族は日本に限らず先進国では経済成長にともなう必然のものであった。核家族と少子化との因果関係はまだ解明されていないが、先進国で少子化が進む一因として家族構成は無視できないのではなかろうか。

そして、核家族のような家族構成は、何世代も渡って同じ地域に住み続けるという旧来の地域定着型ではないため、個々人が地域との関係性が希薄で、地域に対する愛

着（愛郷心）も薄いという特徴を持つ。

そのため、子供が成長すると家から自立して、別の地域に新しい家族を形成する。そして、新しい居住地の決定は、地縁・血縁ではなく、経済性・利便性が重要な選択肢となる。住宅購入費用など経済面で問題がなければ、都心（職場）により近いところへ転居する流れが起きるのは自然であろう。

郊外の大規模住宅地は、短期間に開発され、同一世代が同じ時期に大量に入居し、同じ時期に子供が生まれた。そのため、成長した子供の転出も集中して起こり、多摩ニュータウンのように大都市圏内にありながらも利便性に劣っていれば過疎化が一挙に進むのである。

ただし、都市の場合、減少しているのは「点」、すなわち高度経済成長期に大規模開発された郊外であって、反対に都心では人口が増加しているため、数年先はともかく全体としては人口が増加している。対策としても郊外の大規模住宅地の維持は諦めて市街地へ人口を集中させてコンパクト化すれば都市機能を維持し続けることは可能である。

一方、地方は「面」、すなわちすべての地域で減少しており、事態はより深刻である。このような現象は、水面下で静かに進行していたが、2000年代以降、表面化した。しかも、それを加速化させたのが平成の大合併である。

市町村合併は明治の町村制成立以降、たびたび行われてきた。戦後では1950年代後半に行われた昭和の大合併と2000年代に行われた平成の大合併が全国的に行われたものとして有名である。

平成の大合併によって、2093の基礎自治体が合併して588へと激減した。これと合併しなかった市町村1139を合わせると、現在の日本は1727となる。すなわち、21世紀になって基礎自治体は半分程度にまで減少したことになる。

昭和の大合併は、1953年9月公布の町村合併促進法に基づき向こう3ヶ年間で約1万の町村を概ね三分の一に減らそうというものであったが、これは肥大化する行政業務の効率化が主な目的であった。

これに対して、平成の大合併は財政難が予想される基礎自治体の財政健全化が目的である。日本社会が縮小に向かうという時代状況を踏まえたものであり、政策立案の背景がまったく異なる。

平成の大合併は特に西日本で大々的に進んだ。西日本は高度経済成長期に沿岸部の埋め立てによる工業地帯化、そして労働人口の増加、商業の活性化による市街地の拡大が顕著であった。そして、西日本の多くの都市は1970年代までに拡大し、人口規模も大きくなつたが、1980年代以降の産業構造の変化、工場の海外移転、さらにはバブル経済の崩壊による打撃に加えて、少子高齢化による人口減少が重なつたことで急速に衰退していった。

西日本の基礎自治体は、高度経済成長期に行政規模が拡大し、大規模な公共施設の建設も進んだことから、財政面での負担が大きくなっていた。西日本で市町村合併が大々的に進んだ一因はここに求められる。

しかし、平成の大合併は地方衰退を加速化させ、財政をより悪化させる結果となつた。曲がりなりにもかつての旧町役場には、学校と金融機関、郵便局、病院、図書館と

いった住民生活に不可欠な施設に加えて商店もあり、数千人規模の小さな町であってもそこは町の「へそ」－中心地としての機能を發揮していた。

だが、合併が行われると役場が消滅する。それに付随して小中学校の統廃合が進み、病院も集約される。また金融機関も統廃合が進み、経済的活動は停止する。そして、現役世代は働き場所と子供の教育を求めて市の中心部へ転居し始める。その結果、かつての町の中心部は消滅する。現役世代とその子供は市街地へ転居した結果、旧町に残る人は高齢者ばかりとなり、人口減少がさらに進む。

一方、合併によって市域が拡大し、周辺の旧町村から人口が流入した新市も合併時には人口が増えるが、人口減少の流れを食い止めることはできず、むしろ周辺部の過疎化は急激に進んで、右肩下がりに人口は減少し、高齢者福祉と周辺旧町村の社会インフラの維持が財政負担として重くのしかかってくる。

このような変化に加えて、もう一つ重要なことは、地方経済の衰退が21世紀に入って顕著になってきたことである。昭和期までは少なくとも地方には地元企業があって利益と雇用を生み、生み出された利益は地元の金融機関を通じて地域内で循環していた。しかし、平成期に入ると地元企業が衰退していった。とくに2000年に地元小売店と大規模小売店の調整弁であった大規模小売店舗法が廃止されて大規模小売店舗立地法が制定された後、郊外の幹線道路沿いに大手資本の大型スーパーや大手飲食チェーン店、大手資本のパチンコ店まで出店するようになった。この結果、人が集まる場所

が変わり、駅前の旧市街地は急速に衰退し、地元商店街はシャッター商店街と化した。

地方経済にとって大打撃となったが、地元住民は東京などの大手資本による大型スーパーや飲食チェーン店で消費するか、雇用されるだけの存在となり、これらの企業の法人税は本社のある東京などに吸収されるため、地元への経済効果は限定的であり、むしろ地元企業が圧迫された結果、地域でお金が循環する構造が崩壊してしまった。

ある意味においてグローバル経済の弊害は地方において顕著であって、21世紀になって地方経済は、東京の「植民地」となった。いわば、地方は東京に搾取される存在になってしまったのである。

このように、人口減少社会における地方の衰退はより深刻である。大都市圏は社会資本の集中を図ることでコンパクト化し、社会システムの効率化を図ることが可能である。しかし、地方はどのような手立てをしても再生は不可能ともいえる。このような悪条件下で何ができるか、これまでの発想では不可能であることを知覚し、発想の転換を図らなければならないだろう。

人口減少社会における 「文化」の重要性

人間は経済的要因によって移動し続ける。そこで生活ができればそこに定着し、生活ができなくなれば別の場所へ移動する。人がいなくなるということは、そこにおいても生活できなくなるからであり、生活ができるかは経済的要因によって規定される。

稲作中心の農業が経済の中心である時代であれば、山間僻地はむしろ好適地である。稲作は水源があり、水を貯めやすい湿地帶

でなければならない。したがって初期の稲作は山間の谷間が適地であって、人もそこに集住した。やがて、土木技術が発展し、水利や干拓が可能になると平野部で稲作が大規模に行われるようになり、人も平野部に居住するようになる。さらに、農業から工業へと経済構造が変化すると、人は都市へ流れ込むようになる。生活（より究極的には食べられること）の安定や豊かさを求める以上、人間は環境の変化に合わせて常に移動し続ける。

現在、日本で起きている地方の衰退はまさに人間の本能的な行動の結果であって、そこに住み続けるメリットがなくなったからである。経済環境がこれまでと変わらないのであれば、地方へ人を無理に押し戻すことはもちろん、新たに人を呼び寄せることも焼け石に水である。

しかし、現在でも企業の誘致とか高速鉄道などの交通網の整備といった20世紀型発展モデルで再生を図ろうという貧困な発想ばかりで、結果的に何の効果もたらさない。大量の労働者を必要とする第二次産業自体が斜陽産業である。また、高速交通網の発達は、大都市圏の巨大資本の地方への進出を招く一方、むしろ大都市圏への人口流出を加速化させる。

情報化社会では、都市に住むメリットは薄れ、地方で働く機会が増えるという予想もあったが、現実には東京一極集中を加速化させただけである。「情報」は、発信する側と受け取る側に二極化し、東京が情報を一方的に発信し、地方は受信するだけになる。そして、人は発信先へと吸い寄せられていく。この構図は、地方でも見られ、地域ブロックで見ても九州なら福岡、東北

なら仙台、また県単位でも県庁所在地のみ人口が集中し、二番手の都市との差が年々開いていくという傾向が見られる。

このような経済構造の変化と情報化社会という現状を踏まえて、地方にはどのような再生の方策があるのだろうか。

人類の歴史は、それが正しいか否かは別として常に前に進み、決して後戻りはしない。そのことを踏まえると、過去の成功モデルは二度と通用しない。また、思いつきのような対処療法でも効果は見込めない。人類の歴史のなかで最も激しい変化に曝されている21世紀において、何が最適解なのかはわからない。そうであるならば、変化についていこうともがくのではなく、一歩距離を置いて立ち止まって思索することが必要なのではないだろうか。

そこで、情報化社会という前提を踏まえると、前述したようにインターネットが繋がっていれば人が集まるというものではなく、情報の発信源にならなければならない。逆に情報の発信源になれば人は集まる。ならば、地方から発信できる「情報」は、「文化」しかない。

グローバリズムによって世界が均質化している現在、むしろ他者との差別化こそが必要であって、他者との違いとは文化である。すなわち、文化はその地域の個性であって、人間の個性と同じく一朝一夕にして出来上がるものではない。そして、文化によって住民の感性が自然と育まれ、その感性が発信力となり、地域の価値を高め、人を引き寄せ、新たなイノベーションをもたらすのである。

新興住宅地が急速に衰退するのは文化が育たなかったからである。文化によって磨

かれた感性を持つ住民がいなければどこにでもある画一的な街並みしか生まれず、愛郷心は生まれない。その土地に対する愛着がなければ次世代は経済的合理性に従って何のこだわりもなく別の地域へ移動し、残された親世代が減少すれば消滅に向かう。地方においても長い年月にわたって培われてきた文化が、何もしなければ人口減少によって継承者がいなくなつて消滅し、地方の衰退はさらに加速する。

ただし、新興住宅地は文化がゼロの状態から始まっているので、文化を創り上げることは難しく、衰退も急速である。それに対して、もともと何らかの文化があった地方では、その文化を再生することが可能であり、決してゼロからのスタートにはならない。そして、経済的資源もない地域において残されたカードは文化しかないのである。

人間の顔には、生まれてから今にいたるまでの歴史が刻まれている。地域の文化は人間の顔のようなものであって、その地域が経てきた歴史によって文化は創られる。故に、まずは文化を再認識するため、その地域の歴史を辿ることから始めなければならない。

歴史学が役に立つのはここからである。歴史学は個人・組織・地域の形成過程、それをもたらした背景を明らかにすることにある。また、同時にこれらの歴史を証明する記録（archives・歴史記録）の保全も重要な取り組みとなる。

地域共同体の営みによって生成された歴史記録は、それを生み出した地域共同体の歴史を示すものであり、住民にとってアイデンティティとなるものである。アメリカ

合衆国が、独立宣言・人権宣言・憲法の原本を核攻撃にも耐えうる施設（国立公文書館本館）に格納してどんなことがあっても守ろうとしているのは、まさにこれらの歴史記録が合衆国という共同体に集まった国民のアイデンティティそのものだからである。欧米において歴史記録を保管する文書館（Archives）が国や地方自治体、企業、大学、教会などどこにでもあるのも、共同体維持に歴史記録が欠かせないと考えられているからである。

イタリアも日本と同じく少子高齢化が進み、出生率もほぼ同じであるが、地方が日本ほど衰退していないのは、古文書から公文書まで幅広い歴史記録を保全することで地域のアイデンティティが支えられ、独自の文化に愛着を持つ住民を生み出し続けているからである。

日本も歴史記録の保全によってアイデンティティを確保し、その地域の文化の独自性を再確認し、郷土に対する愛郷心を再建することがまず重要である。そのような地域はインターネットを駆使した文化の発信源となることができる。そして、その先に予想できない何かが生まれる可能性がある。少なくとも、そこに住む人びとが「文化」で食べていけるようになれば、地方の衰退を食い止めることは可能であろう。

歴史学は過去を振り返るだけではなく、今日の社会においてよりよい未来を描き出すことが可能な学問なのである。

人口減少時代の地域精神保健 ～行政の取組み～

山本 賢

全国精神保健福祉相談員会 副会長（飯能市福祉部生活福祉課）

1 はじめに

今、外気温は40度を超えてる。それにしても暑い夏に、雲をつかむようなテーマの執筆。思考回路は回らず筆者の頭もパソコンもヒートアップ、高ストレス状態である。締切は8月末、隣には中学時代不登校を経験した高校2年の娘が必死に夏休みの宿題に取り組んでいる。学術的レポートは他の先生方にお任せし、埼玉県の山間部で働く公務員ソーシャルワーカーの端くれとして「2040年共生社会の実現」を念頭に置き筆を進める。(今は『キーボードをたたく』か?) この自由研究のようなレポートをご笑読いただければ幸甚である。

皆様方にはご存じの方が少ないとと思うので、自己紹介がてら全国精神保健福祉相談員会（以下、「全精相」とする。）について記す。全精相は平成29年度日本精神保健福祉連盟会長賞表彰（団体）を受賞した、全国の都道府県や市区町村行政で精神保健福祉業務を担う公務員の集まりである。国民のメンタルヘルス支援や精神障害者の権利擁護・生活支援体制整備の担い手であるが、会員数は令和7年4月現在239人程の絶滅危惧種である。皆様には、AI相談員には変わることのできない訪問支援、非言語的対話による対人援助や精神保健を中心とした包括的支援体制整備による共生社会の実現を担う公務員（精神保健福祉法第48条に定

める精神保健福祉相談員）をお見知りおきいただき、地元自治体に精神保健福祉相談員の確保・育成について強く働きかけていただきたくお願いしたい。

全精相は日本精神保健福祉連盟が受託した「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（平成26年度、代表研究者：田中英樹先生）」への参画を契機とし、平成28年度から現在まで、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の藤井千代先生が代表を務める精神保健医療福祉に関する包括的な政策研究のうち自治体班（分担研究者：野口正行先生（岡山県精神保健福祉センター））に参画している。全国自治体調査や好事例視察等によりエビデンスを見出し、エキスパートコンセンサスを得て「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会」「精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ」「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」の構成員として、当事者・家族の課題解決のため自治体精神保健施策推進にむけた提言を行っているところである。

併せて、全精相全国業務研修会（これまで48回開催）や地区研修会等で積み上げてきたノウハウを踏まえ、自治体職員対象の「精神障害にも対応した地域包括ケアシス

テム構築のための手引き」「精神保健福祉相談員講習会カリキュラム対応動画資料」を作成。今年度は「精神保健福祉相談員講習会演習プログラム開発」に取り組み、都道府県等主催の精神保健福祉相談員講習会開催に向けて講師派遣により自治体支援を実施し、精神保健福祉業務従事者のバックアップにも取り組んでいる。貴会からの団体表彰受賞は当会の励みとなり、精神保健福祉施策の推進に向けて更なる努力を重ねているところである。

筆者は10年間務めた埼玉県職（県立精神医療センターや県型保健所、県立精神保健福祉センター勤務）を平成16年3月に退職、同年4月飯能市に転職した。精神保健福祉センター在籍時は市町村支援業務に携わり、改正精神保健福祉法平成14年度施行にむけた精神保健福祉業務の事務移管のための技術協力を行った。主に県西部地域を担当し、所沢市、飯能市、狭山市、入間市、日高市などを巡回し業務実施体制の構築にむけて相談窓口設置や地域資源開発・整備に取り組む保健所や市町村職員、当事者・家族や地域援助事業者と協働してきた。転職後は、精神保健福祉業務や自殺対策、障害者総合支援、生活困窮者支援を担い20数年となる。

本稿ではこれら政策研究や自治体実践の見地から、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、「にも包括」という）の構築による「人口減少社会の地域精神保健」「共生社会の実現」について記す。

2 人口減少社会における

様々な社会課題

都市部への人口集中と裏腹に地方の労働人口は減少し人口偏在が進んでいる。地方

における産業の衰退、公共交通の維持困難、商店街の空洞化や空き家対策、学校や医療機関、保健所、駐在所や消防等の社会インフラの統廃合・広域化、教員や医師、警察官、消防署員など専門職人材確保も難しく、また自治会・民生委員等互助の担い手不足など、安心安全な暮らしの維持は既に全国各地で課題となっている。

日本の将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所令和5年推計）によると、2050年の人口は2020年から2,000万人以上減少し約1億468万人（約17%減）となる見込みである。若年人口（0-14歳）は約900万人減、生産年齢人口（15-64歳）は5,275万人の減、一方で高齢人口（65歳以上）は約1,200万人増となる。2050年の高齢化率は2020年の28.6%から37.1%に上昇すると見込まれる。2050年は「現役世代1人で子どもや高齢者1人を支える」という、騎馬戦型から肩車型へと極めて高い扶養負担となる。この人口構成の劇的な変化は人口学的慣性であり、政策の焦点は「人口減少と高齢化の現実に社会を適応させる」展開が必要であることを示唆している。既に様々な分野で専門家が人口減少社会について論じている。わが国では平成期に高齢化対策（介護保険制度導入等）に注力したが、少子化対策と統合的に進められなかつたことが現在の危機を一層深刻化させたとの指摘がある。令和に入りこども家庭庁が設置され国を挙げて少子化対策が進められるとともに、社会保障制度改革も議論されているが、持続可能な社会保障制度を見出すに至っていない。社会保障需要は増加し、持続可能な年金、医療・介護等の維持のためには国民負担の増加は避けて通れない。

医療・介護体制への影響をみると、高齢化により患者・要介護者は増加、一方で労働人口は減少し、医療介護従事者の不足が顕著となり質の低下も懸念されている。人口が2万人を下回ると行政区域内での専門医等の確保が困難になるとと言われ、小規模の自治体では、医療機関や在宅介護関連事業の経営が困難となる。病院及び居宅介護事業者は減少し、住民の医療・介護サービスへのアクセスが困難となりつつある。

メンタルヘルス課題については人口減少の中、精神科外来受診者数、精神保健相談件数、ひきこもり者数や妊産婦や若者の自死、産業医等EAPへの相談件数、病気休暇取得理由に占める精神疾患の割合、精神障害のある方の後見制度利用等が増加傾向である。メンタルヘルス課題は、労働生産性や社会全体の活力に影響を与えることから、人口減少社会においては経済問題等の複合的な悪循環を生み出すこととなる。メンタルヘルス対策と少子高齢化対策、経済対策を統合して取り組むための課題が多い。

3 基礎自治体におけるメンタルヘルス対策の現在地（飯能市の場合）

平成12年精神保健福祉法改正に至る議論の最中、埼玉県では市町職員を交え市町村体制整備にむけた審議を行った。市町村精神保健福祉業務の確立を目指し、県・市町村の業務分担指標や業務量を示し、保健所や精神保健福祉センターはこの指標を念頭に市町村業務実施体制の整備にむけて技術協力を行った。保健所管内市町村ごとに家族会を設置、作業所設置支援、当事者会の立ち上げやボランティア養成、職員研修や地域連携会議なども始まり、市町村ではこ

れらの業務を担う精神保健福祉士の採用が進められた。精神保健福祉手帳や通院公費負担（現在の自立支援医療精神通院）制度の受付窓口が市町村に事務移管（精神保健福祉法平成14年度施行）することにより、ニーズは顕在化し、精神保健相談や精神障害者の地域生活支援の必要性が高まった。精神保健相談は市町村では任意事業であるため、県内市町では精神保健福祉士の採用をすすめ積極的に取り組んだ自治体と取り組めない自治体があった。飯能市は近隣市に2年遅れ平成16年度採用だった。時の県立精神保健福祉センター総長は「これからは市町村の時代、そぞ野を広げるため市町村にこそ精神保健福祉士の配置が必要」と快く転職する筆者の背中を押してくれた。

飯能市は、令和7年8月1日現在では77,700人となっている。着任後約20年間で約7,300人が減少し高齢化率は33%である。市域の75%が山間部であり、山間部の高齢化率は既に50%を越えている。市内に精神科病院は4院（計878床）あるが、その半数以上は認知症患者の入院病床である。隣接する東京都青梅市にも精神科病院が複数あるが令和に入り2院が閉院した。着任当時の個別支援では、家族相談や訪問支援で未治療の方や治療を中断し症状が増悪している方の受診受療の相談が数多くあった。「市役所で精神保健福祉士が相談にのってくれるなんて」と涙する母親がいたことを今でも鮮明に記憶している。当時は地区担当保健師との訪問支援や同行受診を繰り返した。急性症状により治療が必要と判断した場合には当事者の意に沿わずに受診を促すことも少なくなかった。相談・訪問件数は年々増加し、平成19年度には精神保健福祉士を複

数採用した。平成20年初頭には山間部で事例化する多くが高齢の親が通院同行できなくなり医療中断する事例として顕在化し、いわゆる8050世帯への支援が課題となった。地域包括支援センター職員との同行訪問が増加した。また、相談支援専門員が精神障害者支援を始めたのもこの頃である。障害者虐待防止センター設置後は、背景に精神保健に課題を有する母子世帯や高齢世帯の事例が散見された。精神障害者家族の親亡き後の心配は尽きず、成年後見制度の活用がすすめられ後見人との連携もはじまった。個別支援の積み重ねから、医療機関や介護保険事業者、地域援助事業者等との連携を図り飯能市版の地域包括ケアシステムの構築にむけて様々な事業（研修会や連携会議等）に取り組んだ。福祉部局では障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス提供体制、相談支援体制、障害者虐待防止センターの設置運営、成年後見制度利用支援、緊急時や親亡き後を支えるための地域生活支援拠点の面的整備など、当事者・家族の参画による障害者支援協議会、障害福祉審議会の議論を踏まえ施策を推進してきた。令和に入り成年後見制度利用促進体制整備、在宅医療介護連携に障害部門も参画した在宅医療福祉連携、重層的支援体制整備と精神保健が連動した包括的支援体制への取組を進めているところである。保健部局では、精神保健相談、こころの健康に関する啓発、家族支援、自殺対策やアルコール関連問題啓発事業に取り組んできた。（図1）

飯能市は県内3番目に広くその8割弱が中山間地・山間地であることから、市域を4つのエリアにわけ相談支援体制を組んでいる。令和6年度からは保健センターもエリ

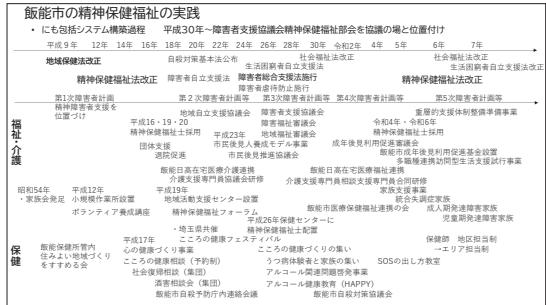


図1 飯能市の精神保健福祉の実践

ア担当制とし、地域包括支援センター、障害者相談支援センター、保健センターが全て同一エリアとなり個別支援チームが構築されている（図2）。個別支援チームが把握した課題は、当事者、家族、医療・介護、障害、教育らが参画する協議の場を通じて地域課題の解決に向けた協議を進めている（図3）。これら精神保健・自殺対策と福祉

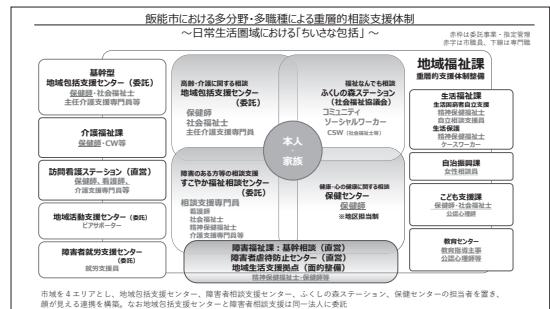


図2 飯能市における多分野・多職種による重層的相談支援体制

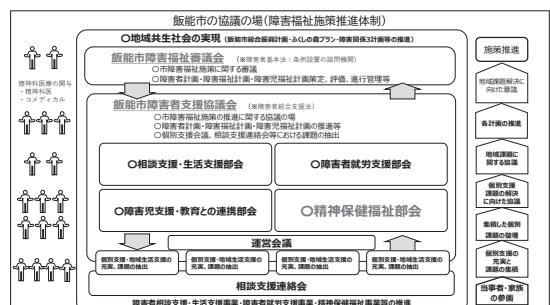


図3 飯能市の協議の場 (障害福祉施策推進体制)

を両輪とした重層的な支援の積み上げにより、入職当時のような緊急性の高い受診受療支援は減少した。現在では思春期精神保健、発達障害に関する早期支援が増加し教育との連携が不可欠であることを実感しているところである。

4 共生社会実現(2040年)にむけて ～あらためて精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の取組を振り返る～

令和7年（2025年）は、全国の自治体で地域包括ケアシステムが構築される年である。全国各地では住民参加による「みぞ汁が冷めない距離（日常生活圏域）」での地域の互助を活用した高齢者のための支え合いのシステム整備、認知症対策（啓発やサポートー養成、居場所づくり）が進められ、多くの自治体で高齢者支援のための地域包括ケアシステム構築の指標が概ね達成されているという。

一方、精神保健領域をみると、平成14年改正で市町村精神保健相談業務は法定化されず20年の空白となった。その間には、就職氷河期という時代と相まって深刻化した社会的ひきこもりや自死など精神保健に課題を有する者が増加したが、都道府県保健所は半減し、保健所精神保健福祉相談員は急性期や緊急性の高い自傷他害の恐れのあるケースへの対応に忙殺され、精神保健課題にかかる早期支援体制の整備には至らなかつた。

平成28年「これから的精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の議論では、愛媛県愛南町で臨床や地域活動を実践する長野敏宏先生が「市町村が中心になり取り組

む地域包括ケアシステムは本来一つのシステムであり、精神障害のある方にもあたりまえに対応する仕組みとすることが必要」と提言されたことに端を発し、コロナ禍の令和2年に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会」で精神保健医療福祉施策の中心課題としにも包括の議論が開始された。当方も、政策研究班代表研究者の藤井千代先生、分担研究者の野口正行先生とともに構成員として参画した。市町村が基盤の国民のメンタルヘルス支援の仕組みづくり、2000年から2020年の現状を踏まえ2020年から2040年をフェーズとしたシステム構築が目指す未来像を4要素と3システムが統合したにも包括システムとして提示し（図4・5）、基礎自治体（市町村）の主体的な取組とそれを支える人的・

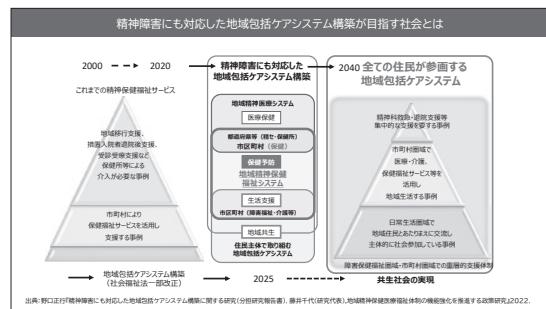


図4 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築が目指す社会とは

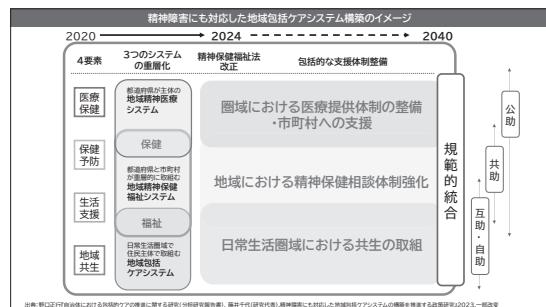


図5 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のイメージ

財政的支援の必要性を提言した。2002年(平成14年)改正精神保健福祉法施行当時から20年にわたる埼玉県下市町村体制整備の実践や政策研究で得られたエビデンスに基づく提言は多くの構成員から賛同を得た。とりわけ、当事者や家族の立場の構成員から「身近な市町村に『精神保健福祉相談員』を配置し安心して相談できる窓口を」と支持された。日本精神科病院協会選出の櫻木章司先生は「精神障害者のための特別な仕組みを作つてはならず、シビックプライドをもつ市町村を中心に既存の包括ケアシステムに精神保健福祉を位置づけることが重要」とし、日本医師会選出の江澤和彦先生は「地域包括ケアシステムは地域の互助を中心とし、様々な取組の規範的な統合による一つのご当地システムづくり」であると教示した。全国地域で暮らそうネットワークの岩上洋一構成員は「これまで地域移行後の地域生活支援、福祉の基軸で議論を進めてきたが、そのことが精神保健の20年の空白を生んだ。これからは国民のメンタルヘルス支援、保健の基軸が重要」とし、座長の神庭重信先生は「市町村精神保健体制整備による包括的な相談支援体制が構築されることはパラダイムシフトである」とにも包括検討会を締めくくった。

以後、議論は「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」に引き継がれ、自治体班による市町村相談支援体制案の提示から議論をすすめ、令和5年度精神保健福祉法改正に繋がった。共生社会実現にむけた精神保健に課題を有する者への自治体による包括的な支援体制構築はようやく法定化され、包括的な精神保健相談体制と都道府県による市

町村支援が位置づけられ令和6年4月施行となつた。

この間、内閣府では第6期科学技術・イノベーション基本計画（令和3年3月26日閣議決定）として、目指すべきSociety 5.0の未来社会像を「持続可能性と強靭性を備え、国民の安全と安心を確保するとともに、一人ひとりが多様な幸せ(well-being)を実現できる社会」が示された。Society 5.0は、「仮想空間と現実空間を高度に融合させたシステムにより、経済発展と社会的課題の解決を両立する人間中心の社会」と定義され、少子高齢化に伴う労働力不足、地域格差、環境負荷、医療・福祉の高度化といった複雑な社会課題を先端技術の力で解決し、持続可能な経済成長を「人間中心の社会」として実現することを目指している。一方でとある高齢福祉専門の学識者は「民間での事業経営は持続不可能となり在宅介護システムは崩壊する。行政ケアマネジャー配置を再興する必要がある」と警鐘をならしている。民間でのサービス提供体制が維持できない場合の公的責任を問うものである。

精神保健分野は、人口減少社会における地域精神保健の展開に向けて、国はにも包括推進の旗を揚げ市町村を基盤とし精神保健福祉相談員の配置を進めるべく方向性を示した。行政職の肌感覚としては法改正やそれに伴う指針等が示された後、地方自治体で事業展開されるまでには数年のタイムラグがある。にも包括の概念は整理され既に5年の月日が過ぎたが、精神保健福祉士や精神保健福祉相談員の配置の無い自治体では精神保健施策の推進役は不在であり地域格差が広がっている。併せて、全国的な展開とするには未だ市町村への財源確保が

なされないなど課題が残るが、自治体の創意工夫による体制整備は急務となっている。

5 おわりに

全精相の理事が勤める中核市では、にも包括のもう一つの柱である「はたらく」支援のため産業労働と障害福祉のマッチング事業が始まり700人を超える参加があった。地元企業担当者から「外国人労働者に併せ障害のある方の採用をすすめたい」と意向を示されたと聞く。このように地元密着型の取り組みも報告されるようになってきた。人口減少社会において「にも包括ケアシステム構築」がどの様な成果をあげるかは、地元自治体の精神保健福祉相談員による創意工夫が鍵を握ると考える。

全国各地でにも包括の取組が展開することにより、2040年には既に精神科病院での社会的入院は解消され、啓発や精神保健教育により国民全体がメンタルヘルスセルフケアの重要性をあたりまえに我が事として理解し、アウトリーチ支援やオンライン診療の実装とともに早期受診による重症化が予防されている。必要な人には良質かつ適切な医療・救急医療が提供されている。精神障害への理解は深化し、差別偏見なく精神障害のある方がその特性に配慮をされ、職場や地域社会で生き甲斐もって働き、住みたい場所を選び、地域住民の支え手にもなりあたりまえに暮らしている。産業労働分野では、健康経営によりメンタルヘルス休暇制度が充実し、精神疾患による離職が減少する。また全国自治体では、自治体DXにより人員は減少するも、保健師や精神保健福祉士、社会福祉士が専門性を發揮できる労働環境が整い、タスクシフトした

事務職の多くはAIを活用し業務に従事し、その大半は精神保健福祉相談員講習会受講により個別支援の視点をふまえ専門職とともに政策推進にも寄与している。ピアの立場の精神保健福祉相談員を積極的に採用する自治体も増え、当事者が顕著に活躍している。国民のメンタルヘルスを支えるための国家政策は、国民の幸福度向上と精神的健康増進に寄与し真に多様性を認め合う共生社会が実現しているのであろう。

結びに、20数年前の結婚式でシンガーソングライターの親友からいただいた曲は「未来予想図は思ったとおりにかなえられてく」という歌詞であった。2040年には70歳となる筆者も、にも包括システムにより地域で安心して老年期を過ごしている。このような未来予想図がかなえられていることを願い、ご笑読に感謝し本稿を締めくくる。

参考文献等

■厚生労働省ホームページ

- ・社会保障審議会（障害者部会、福祉部会福祉人材確保専門部会、介護保険部会）
- ・これから的精神保健医療福祉のあり方に関する検討会
- ・精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会
- ・精神科救急医療体制整備に係るワーキンググループ
- ・市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム
- ・精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会

- ・地域共生社会の在り方検討会議
- 厚生労働科学研究成果データベース
- 内閣府ホームページ
 - ・科学技術政策 Society 5.0とは
- 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ
 - ・将来推計人口、人口統計資料集
- 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所ホームページ
 - ・精神保健福祉相談員講習会動画資料
- 日本精神保健福祉連盟ホームページ
- 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
- 市町村における精神保健福祉業務マニュアル

埼玉県市町村精神保健福祉業務の円滑な実施のための検討委員会（平成13年4月）

- 平成14年度からの埼玉県における精神保健福祉業務の市町村と県機関の役割分担について－市町村と県の役割についてのワーキンググループ報告－

埼玉県健康福祉部障害者福祉課（平成13年10月）

- 歌詞引用
DREAMS COME TRUE
未来予想図Ⅱ（作詞・作曲 吉田美和）

人口減少社会において精神医療はどうなるのか？

島田 達洋

栃木県精神保健福祉センター 所長

はじめに

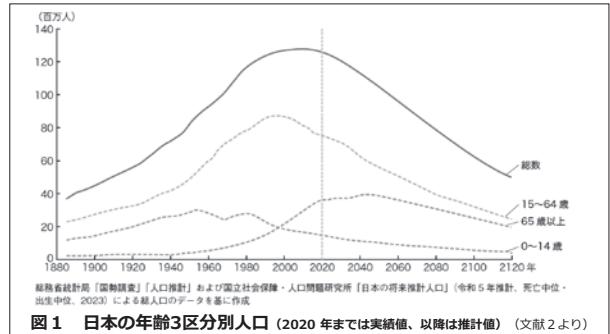
日本の総人口は、2008年の1億2808万人をピークに減少局面に入っています。今後働き手である生産年齢人口が減少し、高齢者が増加するなかで社会保障システムの維持や医療保健福祉および介護分野での担い手不足などが課題となっています。日本の精神医療は、もとより精神科病院での医療スタッフの低い配置基準や長期入院、行動制限の多さ、職員による虐待事件など様々な課題が指摘されてきました。この人口減少の波はそこへどのような影響を与えるのだろうか、対応策はあるのだろうか。この小稿では、状況を概観し、対応策を探っていきたい。

1. 日本の人口

国立社会保障・人口問題研究所の令和5年（2020年）推計によると、今後、わが国の人口は2020年の1億2615万人から、2070年には8700万人に減少する。65歳以上人口は2020年の3603万人から2043年に3953万人でピークを迎えた後は減少に転じ、2070年には3367万人となる。一方、生産年齢人口と称される15～64歳人口は、戦後一貫して増加し続けたが、1995年の8726万人をピークに減少に転じ、2020年で7509万人、2070年には4087万人とピーク時の半分以下となる。年少人口とも称される0～14歳人口は、出生数の減少により1980年代初めの2700万

人規模から2020年の1503万人に減少、2070年には569～1115万人になると推定されている。これに伴い、65歳人口割合は2020年の28.6%から一貫して上昇し、2070年には38.7%となり、社会は高齢化する¹⁾。

【図1】

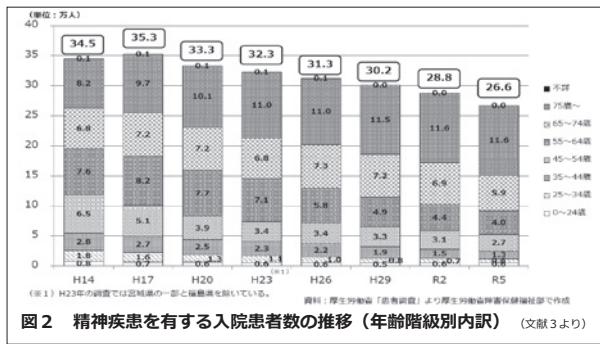


2. 日本の精神医療を取り巻く状況

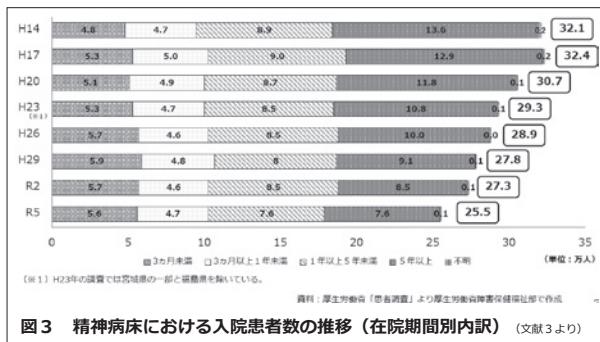
厚生労働省によると、精神疾患有する入院患者数は2005年の35.3万人から一貫して減少を続け2023年には26.6万人となった。入院患者のうち65歳以上の方は2005年は16.9万人に対して2023年は17.5万人であり、その割合は48%から66%に増加している³⁾。

入院期間別では1年以上入院している患者の数は2005年の21.9万人から2023年の15.2万人に減少し、その割合も68%から60%に減少している³⁾。

【図2】

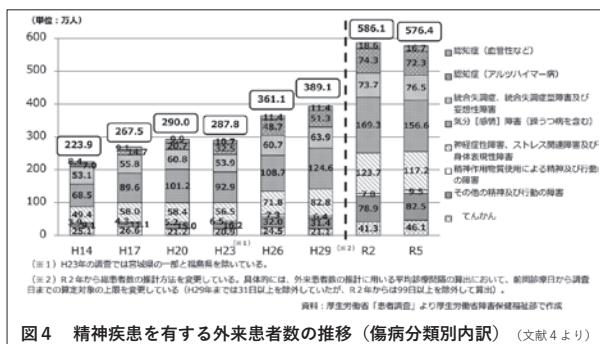


【図3】



一方で、精神疾患を有する外来患者数は、2002年の223.9万人から算出方法の変更前の2017年には381.1万人に増加している。一方、算出方法変更後は2020年の586.1万人から2023年の576.4万人に減少している⁴⁾。

【図4】



精神科病院の数は2002年の1669から2020年の1622に漸減してきているのに対して、精神科診療所の数はそれぞれ1695から2978に急増している⁵⁾。

竹島らは精神保健福祉資料（630調査）の長期データや入院患者数の将来推計とともに、精神科入院医療に起こっている変化を概観した。在院患者数は2021年に26.3万人だったが、2029年には24万人に減少し、この減少はさらに続く可能性が高く必要病床数は減少し、入院患者の高齢化に伴い身体合併症への対応の必要性が高まることが予想された。また、診断別在院患者数は、2004年に対する2021年の比が、「F8（心理的発達の障害）」が5.52と増加したのに対して、「F2（統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害）」が0.68と減少するなど疾病構造の変化、多様化がみられている⁶⁾。

Okayamaらは患者調査と630調査の結果と人口予測に基づいて将来の精神科入院患者数を推定したが、2017年において長期入院の患者の3分の1は75歳以上であり、彼らは2040年時点ではその47%が死亡していると考えられ、この結果、2017年の75歳以上の入院患者数16万7579人は2040年には10万3141人に減少するとしている⁷⁾。

深澤は、精神科病院がそれぞれの地域において持続可能な精神医療を提供するためには、少子高齢化・人口減少に伴う人材不足、高齢者の身体疾患や終末期医療への対応、諸経費の高騰による経営悪化等の課題の克服と財政的な支援が必要不可欠であるという⁸⁾。

このように、ここ20年間、精神科入院患者は減少を続ける一方で、外来患者は増え

統けている。これは人口減少と高齢化の進展、精神疾患の病状の変化、精神科医療の進歩、国民意識の変化などを背景にした地域の精神科医療ニーズの変化によるもの⁶⁾と考えられるが、その傾向は今後も続くと考えられる。これに伴い精神科病院は疾病構造の変化、身体合併症への対応、経営の悪化、人材の確保といった難題に直面し、厳しい状況に置かれているように見える。

3. 日本の精神医療の課題

2023年に日本精神神経学会は「わが国的精神科医療・保健福祉のあるべき姿」という提言において、日本の精神科医療体制の課題として、人員配置の不足、強制医療及び行動制限の実施における透明性の担保、精神障害者への身体的ケアシステムの脆弱性を挙げている。また、2004年の厚生労働省の精神保健医療福祉の改革ビジョンにおいて「『受け入れ条件が整えば退院可能な者（約7万人）』については精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた福祉体系の再編と基盤強化を進めることにより、10年後の解消を図る」とされたが、実際には進まず、2018年に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が唱えられても、長期入院患者の地域移行や精神科地域医療の体制充実が十分には図られているとは言えないとの認識を示した⁹⁾。日本の精神医療はこのような様々な課題を抱えながら、人口減少に対応してゆかなければならぬ。それにはどのような方策があり得るだろうか。

4. 今後の人ロ少社会における精神医療

ここでは、政策・制度改革、テクノロジーの実装、精神保健との協働の3つの側面から今後の方針性を探りたい。

(1) 政策・制度改革

厚生労働省の「新たな地域医療構想において精神医療を位置づける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム」の取りまとめにおいては、「2040年を見据え、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療供給体制全体の地域医療構想とする方向で検討が進められている」、「新たな地域医療構想に精神医療を位置づけることが適当」とし、精神病床数の必要量を推計するなどして、中長期的な精神医療の需要に基づく精神医療体制の推進を行うとし、精神医療と身体医療がそれぞれの協議の場に相互に乗り入れることで、精神医療と一般医療との連携等を推進するとしている¹⁰⁾。また、「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」においては、「2040年に向けて、さらなる生産年齢人口の減少に伴い、医療従事者確保の制約が増す中で医療供給体制の確保が必要となり、働き方改革等による労働環境の改善や医療DX、タスクシフト・シェア等の推進が重要となる。」としている。

吉村は2024年から始まった医師の働き方改革による医師の供給力減少による診療の継続が困難になる懸念に対して、「大学病院や中核病院における専門医の集約とICTを用いた宿直体制の再構築、勤務を増加させるための待遇改善、看護師・公認心理師などへの業務移譲と診療報酬体系の見直し、かかりつけ医制度によるフリーアクセスの

部分的制限」などを対応策として挙げている¹¹⁾。

(2) 最新テクノロジーの実装

人口減少にともなう保健医療従事者の減少や人口密度の低下にともなう人と人の距離の増大に対して、オンライン診療、ロボティクスやICT、AI、センサーテクノロジーなどの最新技術を用いることで対応する方向が示されている。

厚生労働省は、医療法改正案において、オンライン診療の定義・諸規定を定めるとともに、必要な電子カルテ情報の医療機関での共有などの医療DXの推進を掲げている³⁾。

熊崎はへき地・離島の医療圏における人口減少に対応するための手段として、機械学習技術を用いた5歳児健診における発達障害のスクリーニング、AIを搭載した認知症支援ロボットによる認知症をもった人への精神的サポート、在宅介護サポート、自閉スペクトラム症をもった児へのヒューマノイドロボットを用いたコミュニケーション訓練などの試みを紹介している¹²⁾が、これはそのまま将来の日本全体の人口減少社会への応用が期待できるものであろう。

吉村は生体情報のモニタリングによる患者の自己管理能力向上、診療におけるAIによる医師の判断の補完、診療記録の自動化や情報共有の効率化等により医療従事者の業務負担軽減が期待されるとしながら、新技術の導入においては、その技術が医療現場の求める安全性・正確性・信頼性を満たしていること、制度関係者・医療者・患者を含む多方面での合意形成が不可欠としている¹¹⁾。

(3) 精神保健との協働

厚生労働省「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に関する検討会作業チーム」によって示された「構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）」においては、適正化により将来的に不必要となった病床を削減して得られるマンパワーや設備費を、救急・急性期・回復期の体制強化、外来・デイケア、アウトリーチ、訪問診療・訪問看護部門の体制強化、地域生活を支えるための医療・福祉の充実に振り分ける考え方が示された¹²⁾。

【図5】

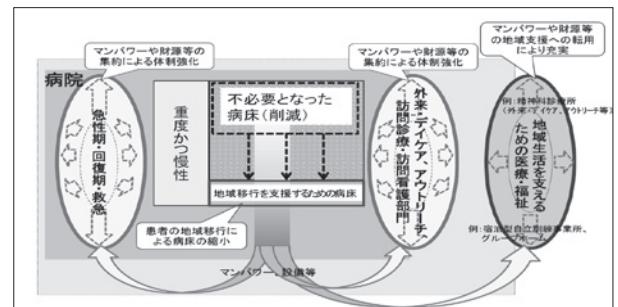


図5 構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）（文献12より）

前述の日本精神神経学会の「わが国の精神科医療・保健福祉のあるべき姿」において、「精神科病院で経験を積んだ人的資源を地域医療・支援に充てることが地域移行推進には不可欠」であり、「精神疾患の重症化やそれに伴う生活上の課題の複雑化を未然に防ぐことも重要であり、市町村・保健所等の行政機関における保健活動と精神科医療機関の連携、自ら助けを求める人等に支援を届けるためのアウトリーチ支援の充実が求められる。市町村レベルで精神科医療機関が行政や他の地域資源と密接な連携を図れる法制度のさらなる充実が期待され

る」としている⁹⁾。

藤井は、現在わが国で高齢化や人口減少により、地域や家庭、職場などにおける支え合いの基盤が脆弱になりつつあり、これに対する国の施策として、「人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割をもち、助け合いながら暮らしていくことのできる」地域共生社会の構築が急務とされ、精神保健医療福祉領域では「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が進められているが、そのために重要な市町村が実施する相談支援業務においては、メンタルヘルスの課題が見いだされることが多く、精神医学的アセスメントや介入が必要となり、このような場面での精神医療専門職の地域社会への貢献は地域共生社会構築への大きな力になるとしている。市町村が地域保健や社会福祉業務を行うなかで精神科医など精神科専門職による判断が求められる場面として、周産期におけるうつ病スクリーニング後の確定診断、ゴミ屋敷問題における器質的な疾患や強迫性障害、発達障害などの鑑別診断、在留外国人の精神疾患や虐待、ドメスティックバイオレンスの問題などが挙げられている。また、藤井らが実施した市町村の精神保健相談業務に関する実態調査では、自殺対策や虐待問題への対応、生活困窮者支援、母子保健、高齢・介護分野の支援、ドメスティックバイオレンス対策、成人保健、いずれに領域においてもメンタルヘルスの問題が関係すると回答した市町村が大多数を占めたという¹³⁾。

地域ではこのように様々な場面でメンタルヘルス課題に直面しており、精神科医療機関の精神科医をはじめとした専門職がこ

うした場面に関わることで、地域の様々な問題に対する対応力が増し、ひいては精神疾患の発症や重症化・再発防止、自殺防止等に貢献することができると考えられる。2004年に「精神保健福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向が示された。今後、精神科病院における入院医療の比重が小さくなるに伴い、精神科医療機関がこのような地域精神保健へのコミットメントを強め、つまりは予防の領域にも活動対象を広げて行くことで、地域精神保健の底上げが図られるとともに、精神保健と精神医療の切れ目のない協働が成立し、地域住民にとって安心できる環境が作られると考えられる。もちろん、そのような協働がしやすくなるような制度的、財政的な措置がなされることも重要だろう。水野は、人口減少社会において、コミュニティ全体の回復力である「コミュニティ・レジリエンス」の構築が求められるとし、「個人の回復」から「関係性の回復」へ、そして「社会全体の回復」へという視点をもつことが、今後の精神医療における重要な方向性であるとしている¹⁴⁾。

5. おわりに

将来にわたり進行してゆく日本の人口減少、高齢化を見据え、現在精神科医療機関が置かれた状況、課題などを概観し、将来の精神医療のあり方について、制度改革、テクノロジー活用、精神保健との協働に視点を置き、対応策を探った。今後、精神医療が精神保健を含む様々な地域資源と制度的・有機的に結びつき、「にも包括」を目指す共生社会に近づくことで、人口が減少しても、少しでもより生きやすい世の中に

なることを願って、稿を終えたい。

文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（令和5年推計）結果の概要
- 2) 尾島俊之：人口減少社会における公衆衛生上の課題と保健師活動. 保健師ジャーナル 2025, 81 (01) : 10
- 3) 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神・障害福祉課：精神疾患に係る医療提供体制について. (令和7年8月20日「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」資料2)
- 4) 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神・障害福祉課：精神保健医療福祉の現状等について. (令和7年1月15日「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」参考資料4)
- 5) 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神・障害福祉課：精神保健医療福祉の現状等について. (令和6年5月20日「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」資料2)
- 6) 竹島正 他：統計からみた精神科入院医療の変化. 精神経誌. 2023, 125 : 762-770
- 7) Okayama, T., et al. : Number of long-term inpatients in Japanese psychiatric care beds: trend analysis from the patient survey and the 630 survey. BMC Psychiatry, 2020, 20:522
- 8) 深澤隆：青南病院の取り組み～地域に密着した精神科病院に向けて～. (令和7年5月12日「精神保健医療の今後の

施策推進に関する検討会」資料6)

- 9) 日本精神神経学会：わが国的精神科医療・保健福祉のあるべき姿について. 2023年5月20日
- 10) 新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する検討プロジェクトチーム：新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等について. 令和6年12月3日
- 11) 吉村健祐他：近未来の精神科医療提供－政策と技術でどう変わる－. 日社精医誌. 2025, 34 : 273-278
- 12) 厚生労働省：構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）. (平成26年5月29日「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会作業チーム」資料5)
- 13) 藤井千代：地域共生社会のために精神医療ができること. 精神神経学雑誌 2023, 125 : 258-265
- 14) 水野雅文：社会と精神医学－新時代における精神医学の再構築と社会変革への視座－. 日社精医誌. 2025, 34 : 262-272

人口減少社会における精神科看護の使命と展望

吉川 隆博

一般社団法人日本精神科看護協会 会長

1. はじめに

わが国は急速な人口減少と少子高齢化の時代を迎えており、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計ⁱによれば、日本の総人口は2020（令和2）年の1億2,615万人から2056年には9,965万人に減少するとされている。また、65歳以上の総人口に占める割合は2038年には33.9%に達し、3人に1人が65歳以上になると予測されている。出生率の低下に加え生産年齢人口の急減は、社会保障制度や地域社会の維持に深刻な影響を及ぼすことが想定されており、それは医療・看護等の現場も例外ではない。

精神疾患を有する患者数は依然として増加している。厚生労働省の患者調査ⁱⁱによれば、精神疾患を有する総患者数は2020（令和2）年で614.8万人に達している。人口が減少する社会にあっても精神科医療・看護の需要が高まり続けているという実態は、精神科看護の重要性と精神科看護に期待される役割が将来的にも重要であることを示している。

さらに、現代社会では精神疾患を取り巻く状況が複雑化している。高齢化に伴う認知症の増加、依存症や発達障害、若年層の自殺やひきこもり、不登校など、多様な課題が同時に存在する。社会的孤立や生活困窮、災害や感染症流行といった外的要因も加わり、精神科看護が担う役割は拡大し続

けている。

このような中で、精神科看護は従来以上に「人を支える看護」としての使命を果たし、日本精神科看護協会の理念である「こころの健康を通して、誰もが安心して暮らせる社会をつくります」という理念の実現に向けて専門性を高めていかねばならない。

今回は、人口減少社会が精神科看護に与える影響をあらためて整理し、精神科病院が直面する課題、患者像の変化とケアの複雑化、新たに期待される役割、そして次年度から導入する特定行為研修制度を含む人材育成の方向性等を検討し、精神科看護の将来展望について考えてみたい。

2. 人口減少が精神科看護に与える影響

(1) 人材確保への影響

人口減少による影響として最も懸念されるのは、精神科医療機関における看護職員の確保難である。若年人口の減少はすでに看護師等学校養成所の入学者減少等を招いており、将来的な看護人材不足が懸念されている。とりわけ精神科病院は、一般病院と比較して新卒看護職員の採用に課題を抱えている。その要因の一つは、精神科看護に対する根強い偏見や誤解である。「精神科は危険である」「技術を学べない」といったイメージが依然として存在する。また、

看護基礎教育において精神科実習の時間が短く、学生が精神科看護の実際を経験する機会が限られていることも大きい³⁰。加えて精神科病院入院患者の高齢化が進むことにより、学生が受け持つ患者が限られてきていることも懸念される。その対策としては、入院看護に限定せず地域で実習が可能になるような改革が求められる。そのことは地域包括ケアシステムに対応できる人材養成にもつながっていく。

さらに、新卒看護職のキャリア観も影響している。一般に「急性期病院での経験が第一歩」と考えられる傾向があり、精神科病院は後回しにされやすい。しかし、精神科看護には高い観察力、傾聴力、危機介入力が求められ、患者が望む生活を支えるという他分野にない専門性が存在する。その魅力を十分に伝えきれていないことが人材確保の難しさにつながっている。

さらに地域格差も存在する。都市部ではまだ一定の採用が見込まれていても、地方や過疎地では新卒者がほとんど応募せず、人員不足が慢性化している。人口減少社会においては、こうした地域間格差の是正も重要な課題となると考える。

(2) 患者像の変化とケアの複雑化

精神科看護が対象とする患者像は大きく変化している。高齢化に伴う認知症患者の増加に加え、身体合併症を抱える患者が増えている。糖尿病や心疾患、呼吸器疾患を併発する患者は少なくなく、精神症状と身体症状が相互に影響し合うことで、ケアはより複雑化している。そういう状況は、精神科病院入院患者のみならず地域の精神科訪問看護の利用者にも見られる。

また、依存症や発達障害といった診療ニ

ーズも増えている。アルコール依存症や薬物依存症は社会的問題とも深く結びつき、医療的な支援のみならず生活再建支援が重要となる。発達障害のある若年者は、就労や人間関係で困難を抱え、うつや不安障害を併発することも多い。精神科看護は、時代とともに多様化するニーズに対応できる力を備える必要がある。

さらに、若年層のメンタルヘルス問題にも注目する必要がある。不登校やひきこもり、自殺リスクの増大は社会的課題であり、学校や地域との連携のもとで精神科看護職が支援に関与する場面も増えている。精神科看護のフィールドは病棟にとどまらず、地域や教育現場にも広がりつつある。

(3) 地域格差の拡大

人口減少は、医療資源の地域格差を拡大させている。都市部には病床や人材が集中する一方で、地方では精神科病床や人材の不足が顕著である。精神科訪問看護の事業所が存在しない地域もあり、住む場所によって受けられる支援の質や量に差が生じている。地域格差を是正し、どこに住んでいても質の高い精神科看護が受けられる体制を整えることは、今後の喫緊の課題である。

この先、精神科病院の早期退院がさらに進むことにより、地域における継続医療、継続看護の役割がますます重要になってくる。精神科病床等の医療資源の格差を是正するためにも、地域における精神科看護の拠点を整備して、多様な医療ニーズに対応できる体制を構築する必要がある。

3. 精神科看護に求められる役割

(1) 多職種連携の推進

精神科看護職は他の職種と比較して患者

の生活全般を把握できる立場にあり、その情報を基に医師、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士など多職種と協働して包括的な支援の提供につなげる役割がある。地域包括ケアシステムの中においては、精神科看護職がハブとして機能することは不可欠である。

(2) 在宅・地域支援の拡充

国がめざす精神疾患にかかる医療提供体制が、「入院中心から地域生活へ」と転換する中で、精神科訪問看護やアウトリーチ支援の役割はますます重要になってくる。精神科訪問看護は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に欠かせない役割をもつことから、医療機関、障害福祉サービス事業所、行政機関等と連携を強める必要がある。また、地域においても高齢精神障害者や身体ケアを要する利用者の増加が見込まれる。そのため内科等の受診や介護保険サービスの利用がスムーズに行えるような調整の役割も担う。さらに、災害時には避難所での精神的ケアや地域支援の調整役を担うことも期待される。

(3) デジタル技術の活用

ICTの進展は精神科看護に新たな可能性をもたらしている。精神科病院においては看護補助者確保が深刻な課題となっているため、看護職員から看護補助者へのタスクシフトは困難であり、人口減少社会ではその課題はますます大きくなることが予測される。

そこで精神科看護業務の効率化や業務負担の軽減に向けて、デジタル技術の活用が期待される。精神医療等の実施状況調査報告書^{iv}によると、精神科病院における電子カルテシステムの普及率は51.5%と約半

数にとどまっているため、医療DXの導入には時間を要することが想定されるが、タブレット端末の活用や音声入力の活用など、病院・病棟機能に応じたデバイス等の導入が期待される。すでに精神科訪問看護の分野ではデジタル技術の活用が進んでいるため、それらを参考にすることも可能であると思われる。さらに、精神科看護領域においても、AIによる症状モニタリングやリスク予測等が可能になると考える。

一方で、プライバシー保護や倫理的課題には留意する必要がある。患者の同意のもとで適切に運用し、効率性に偏らない「人間中心のデジタル活用」が必要である。

(4) 倫理的感受性の保持

人口減少社会では効率性や合理性が強調されがちであるが、精神科看護を行う上で最も大切にすべきことは、患者の人権・尊厳を守ることである。限られた資源の中であっても、人権・尊厳を尊重する姿勢を失わず、患者の自己決定を支援し続ける役割が求められる。

また、近年では患者と看護職員との関係が、支援の「受けて」と「支えて」という関係性から「パートナーシップ」という関係性へ変容する「コ・プロダクション（共同創造）」という考え方方が注目されている^v。このような考え方は日本精神科看護協会の「精神科看護職の倫理綱領」にも盛り込まれており、患者との関係性を考える上で重要なになってくる。

4. 特定行為研修制度の導入とその意義

日本精神科看護協会は、次年度より「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の特

定行為研修制度を導入する。精神科領域でも脱水や低栄養、嚥下障害などは日常的に発生し、対応の遅れが生命予後に直結することもある。

特定行為研修を修了した看護師が医師と連携しながらこれらの対応を行うことで、精神科看護ケアの質は向上する。精神科病院においては、夜間に内科医師が勤務することは少ない。また、精神科訪問看護の現場もタイムリーに医師の指示を得ることが難しい。特定行為研修を修了した看護師が増えすることで、患者への迅速な対応が可能となり、その結果として病状悪化を防いだり患者の苦痛を軽減したりすることが可能になる。

この制度は患者側の利益につながるだけではなく、精神科看護職のキャリア形成に新たな選択肢を提供し、人材の確保や定着にもつながるという側面を有している。精神科看護を高度な専門職として位置づけることは、人口減少社会に向けて重要な取り組みとなる。

5. 精神科看護協会の使命と展望

人口減少社会における精神科看護の持続可能性を確保するため、協会は以下の責務を担う。

①人材育成と教育の充実

日本精神科看護協会が作成した「日精看版クリニカルラダー」に基づく人材育成を図るとともに、時代に対応できる内容を提供する。また、精神科認定看護師制度や2026年度より開始する特定行為研修などを通じて、「専門性の高い看護師」の育成を進め、多様な患者像に対応できるようにする。

②精神科看護の魅力発信

社会や学生に向けて精神科看護のやりがいを積極的に伝え、精神科看護職をめざす人を増やしていく。新卒者のみならず、他の診療科を経験した看護職のセカンドキャリアとしての魅力を発信していく。

③政策提言の推進

精神科看護職の人員配置基準、外来看護での取り組み、高齢患者へのケア、専門性の高い看護師の活動に関する評価など、現場の声を政策に反映させる。

④地域格差の是正

質の高い精神科看護が全国どこでも提供できるようにするために、会員施設への最新情報の提供を行う。また、地域に精神科看護の拠点を整備し、多様な医療ニーズに対応できる体制構づくりを提言する。

⑤看護職一人ひとりのケア力向上

人口減少に伴い看護職員数が減少する中で、臨床判断力、危機介入力、家族支援力、教育指導力などを備えた看護職を育成することで、少人数でも質の高い看護を維持する。そして行動制限最小化については、看護ケア力向上により「身体的拘束に頼らない看護実践」をめざす。

⑥働きやすい職場環境づくり

労働環境の改善、メンタルヘルス支援、ワーク・ライフ・バランスの確保を通じて看護人材定着を図る。

6. おわりに

人口が減っていく社会は、精神科看護に大きな影響を与えることが予測されるが、それは同時に精神科看護がその役割を新しく切り拓くチャンスでもある。社会全体の

規模が縮小する時代を悲観的に見るのはではなく、精神科看護のあり方自体が「質の高いものへと変わる時代」(質的転換の時代)と積極的に捉える必要がある。

精神科看護の根幹は、「人を支える力」である。この力をもって、患者さんの生活と尊厳を守り続けることが、私たちの変わらない使命である。日本精神科看護協会は会員と一緒に精神科看護の未来を切り開き、人々が地域社会で孤立することなく、安心して自分らしく暮らせる社会の実現を目指す。

来年度から始まる「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」の特定行為研修制度は、この目標に向けた重要な第一歩となる。この制度の導入を通じた専門性の高い人材育成や、それに伴う制度整備を進めることで、人口減少の時代でも質の高い精神科看護を持続的に提供できる強固な土台を築いていきたい。

文献

- i 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（令和5年推計）結果の概要、推計結果公表時資料、2023年4月
- ii 厚生労働省：第1回精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会資料、資料2「精神保健医療福祉の現状等について」、2024年5月20日
- iii 山田恵子：看護基礎教育における精神科看護実習の現状と課題、精神科看護、vol.46.No.2、p.112-119、2019
- iv 中央社会保険医療協議会（第542）：精神医療等の実施状況調査報告書（案）

〈概要〉、総-3-1資料、2023年3月22日
v 菅原明美：リカバリーカレッジみまさかの設立と運用－コ・プロダクション（共同創造）モデルの導入－、美作大学・美作大学短期大学紀要、Vol.65.No.65、2020

日本精神保健
福祉連盟

加盟団体の活動状況

加盟団体一覧

公益財団法人日本精神衛生会

東京都新宿区弁天町91番地 神経研究所ビル6階
〒162-0851 TEL 03-3518-9524

公益社団法人日本精神科病院協会

東京都港区芝浦3-15-14
〒108-8554 TEL 03-5232-3311

公益財団法人復光会

千葉県船橋市市場3-3-1
〒273-8540 TEL 047-422-3509

公益財団法人矯正協会

東京都中野区新井3-37-2
〒165-0026 TEL 03-3319-0640

一般社団法人

全国精神保健福祉連絡協議会

東京都豊島区西巣鷗3-20-1大正大学地域構想研究所客員教授 竹島 正（一般社団法人全国精神保健福祉連絡協議会会长）〒170-8470 office.jlcmhw@gmail.com

公益社団法人全日本断酒連盟

東京都千代田区岩本町3-2-2エスコート神田岩本町101号
〒101-0032 TEL 03-3863-1600

一般社団法人日本精神科看護協会

東京都港区港南2-12-33品川キャナルビル7階
〒108-0075 TEL 03-5796-7033

公益社団法人

アルコール健康医学協会

東京都文京区本郷3-25-13グラン,フォーケスV本郷ビル4階
〒113-0033 TEL 03-5802-8761

公益社団法人

日本精神神経科診療所協会

東京都渋谷区代々木1-38-2ミヤタビル701
〒151-0053 TEL 03-3320-1423

公益社団法人

日本精神保健福祉士協会

東京都新宿区大京町23-3四谷オーキッドビル7F
〒160-0015 TEL 03-5366-3152

一般社団法人

全国手をつなぐ育成会連合会

東京都新宿区西新宿7-17-6第三和幸ビル2F-C
〒160-0023 TEL 03-5358-9274

1. 公益財団法人日本精神衛生会

1. メンタルヘルスの集い

(第39回日本精神保健会議)

会場参加とオンライン参加のハイブリッド開催をしました。

- ・日 時 令和7年3月8日（土）
10：30～16：00
- ・会 場 御茶ノ水ソラシティカンファレンスセンター
+ Zoomウェビナー
- ・テー マ 「戦後80年とメンタルヘルス～私たちと社会を振り返り、これからを考える～」
- ・特別講演 「『加害責任』の世代間伝播～植民地『満州』と祖父と私～」
胡桃澤伸 精神科医、劇作家
- ・シンポジウム 「戦後80年とメンタルヘルス～私たちと社会を振り返り、これからを考える～」
中村江里 上智大学文学部史学科准教授
栗津賢太 上智大学グリーフケア研究所客員研究員
森 茂起 甲南大学人間科学研究所客員研究員
- ・指定発言
胡桃澤伸 精神科医、劇作家
藤井克徳 特定非営利活動法人日本障害者協議会代表
上別府圭子 國際医療福祉大学大学院看護学分野教授
・コーディネーター

竹島 正 川崎市総合リハビリテーション推進センター所長
・参加者 会場96名 オンライン194名
合計290名

2. 精神保健シンポジウムの開催

第80回精神保健シンポジウム

- ・日 時 令和6年8月10日（土）
13：00～16：50
- ・会 場 AP秋葉原
+ Zoomウェビナー
- ・テーマ 「地域に潜むメンタルヘルスニーズに応えるために～医療現場の実践から～」
- ・講演 1 「石川県における精神保健医療福祉の現状と課題：能登半島地震から見たこと」
北村 立（石川県立こころの病院）
- ・講演 2 「地域における医師アウトリーチと障害分野における支援困難事例への対応経験」
川越正平（千葉健愛会あおぞら診療所）
- ・講演 3 「『にも包括』時代における精神科病院の生存戦略」
木村勝智（あいせい紀年病院）
- ・講演 4 「ジェネラリスト育成のための精神医学教育」
須田史朗（自治医科大学医学部精神医学講座）
- ・指定発言
石井美緒（川崎市総合リハビリテーション推進センター）
長島美奈（生駒会松戸診療所）
- ・まとめ
竹島 正（川崎市総合リハビリテーション推進センター）

河野稔明（川崎市総合リハビリテーション推進センター）
・参加者 会場18名 オンライン103名
合計121名
・共 催 一般社団法人全国精神保健福祉連絡協議会

3. 出版物の刊行

①広報誌「心と社会」の発行

- 196号 令和6年6月15日発行
特集 [第38回日本精神保健会議]
メンタルヘルスの集い
メディアとメンタルヘルス～伝える、受け取る～
197号 令和6年9月15日発行
特集 メンタルヘルス領域におけるオンライン診療・相談・支援
198号 令和6年12月15日発行
特集 第80回精神保健シンポジウム 地域に潜むメンタルヘルスニーズに応えるために～医療現場の実践から～
199号 令和7年3月15日発行
特集 ACTION-J研究成果発表から10年

各号とも A5版120P～160P
発行部数 1,200部

②こころの健康シリーズIX

- 「現代の災害とメンタルヘルス」の発行
No.9 令和6年6月発行
災害派遣精神医療チーム（DPAT）について
楠本みちる（三重県こころの健康センター）
No.10 令和6年9月発行
災害後の子どものメンタルヘルスについて

福地 成（東北医科薬科大学精神科学教室）
No.11 令和6年12月発行
向き合えない人々と心のケア～13年後に語れること～
米倉一磨（相馬広域こころのケアセンターなごみ）

No.12 令和7年3月発行
ポストコロナ社会のメンタルヘルス
太刀川弘和（筑波大学医学医療系臨床医学域災害・地域精神医学）
各号とも B5版 8P
発行部数 各2,000部

2. 公益社団法人 日本精神科病院協会

1. 設立年月日 昭和24年10月1日
昭和29年7月6日法人認可(民法第34条)
2. 公益認定年月日 平成24年4月1日
3. 所在地 東京都港区芝浦3-15-14
4. 会員数 1,173病院
(令和7年7月1日現在)

5. 役員構成

- 会長 1名
山崎 學(群馬・サンピエール病院)
副会長 5名
平川 淳一(東京・平川病院)
野木 渡(大阪・浜寺病院)
森 隆夫(愛知・あいせい紀元病院)
菅野 隆(埼玉・菅野病院)
松井 隆明(福岡・三善病院)
理事 24名
(常務理事(8名)を含む)
監事 3名
事務局 25名

6. 事業内容

本協会は、精神科病院その他精神疾患有する者の医療施設及び保健福祉施設の向上発展を図り、精神保健医療及び社会福祉の増進に寄与することを目的とする。

上記の目的を達するため、次の事業を行う。

- (1) 精神保健医療及び福祉ならびに精神科病院その他精神疾患有する者の医療施設及び保健福祉施設に関する調査研究
- (2) 精神保健医療及び福祉ならびに精神科病院その他精神疾患有する者の医療施設及び保健福祉施設に関する、関係官公庁及びその他関係団体との協議、関係官公庁及びその他関係団体に対する要望及び提言
- (3) 精神保健医療及び福祉ならびに精神科病院その他精神疾患有する者の医療施設及び保健福祉施設に関する者の人材育成及び教育研修
- (4) 無料職業紹介に関する事業
- (5) 外国人技能実習生の受入れに関する事業
- (6) 精神保健医療及び福祉ならびに精神科病院その他精神疾患有する者の医療施設及び保健福祉施設に関する国際活動
- (7) メンタルヘルスの推進及び普及啓発
- (8) 日本精神科医学会の設置ならびにその運営
- (9) 精神科救急等の精神医療供給体制の整備・充実に関する事業
- (10) 精神科病院その他精神疾患有する者の医療施設及び保健福祉施設における医療安全と質の向上に関する事業
- (11) 精神科病院その他精神疾患有する者の医療施設及び保健福祉施設の管理運営の改善・指導に関する事業
- (12) 会員病院及び会員病院の職員の福祉厚生・相互扶助・親睦及び表彰に関する事業

(13) その他本協会の目的達成に必要な事業

定款においては上記の事業を規定しているが、毎年の事業計画において次のとおり、目的に定めて実施している。

公益目的事業：精神保健医療福祉の向上に関する事業

1 精神保健医療福祉に関する調査研究及び資料収集事業

精神保健医療及び福祉ならびに精神科病院その他精神疾患有する者の医療施設及び保健福祉施設に関する調査研究を通して、これらの分野における発展向上をめざし、精神保健医療及び福祉に携わる者ならびに精神疾患有する者等の福祉の増進に寄与することを目的とする。

2 精神保健医療福祉従事者的人材育成及び教育研修事業

精神疾患有する者に対する医療・福祉・保護等にあたり、精神保健医療福祉に従事する者に対し、患者の基本的人権や個人情報の保護など基礎的かつ医学的知識の向上を図るため、人材育成ならびに教育研修を実施することで、精神科医療の質の向上に寄与することを目的とする。

3 精神保健医療福祉に関する普及及び啓発事業

未だ多くの精神疾患有する者に対する偏見があるため、精神疾患有する者や精神科医療従事者に対する理解を求めるべく、精神保健医療福祉に関して雑誌の発行やホームページでの正しい情報提供をしている。また地域の精神医療のみならず、精神保健福祉活動にも積極的に参加するなど常に精神疾患有する者の医療、福祉ならびに保護を行い、精神科病院および精神疾患有する者

への理解を求める、ひいては国民一般に対して精神保健医療福祉に関する正しい情報を提供し、偏見を払拭することにより、不特定多数の者の利益に寄与することを目的とする。

7. その他

本協会は現在では、会員病院の精神病床総数は全国の85パーセント以上を占めるに至っています。本協会はこれまでに、精神科医療の発展、精神障害者的人権の擁護と社会復帰の促進、国民の精神保健・医療福祉の向上などについて、広く日本国民へ普及啓発活動を精力的に行うとともに、厚生労働行政への積極的な提言を行い、精神保健福祉法の改正など、関係法規の成立・改正に尽力してきました。

平成24年4月1日、本協会は社団法人から公益社団法人に移行し令和元年に創立70年を経過したところです。

本協会は、これからも精神科医療を通して社会の発展に貢献してまいります。

3. 公益財団法人復光会

1. 会の目的

昭和27年8月すべての人が精神的にも、肉体的にも、社会的にも健康であることを希求し、特に精神の不健康状態を予防し、かつ有効適切なる医療・介護・福祉および研究を行い、もって精神保健を強化し、人類の幸福に貢献することを目的として財団法人復光会を設立。

公益法人制度改革に伴い、平成25年4月1日付認定を受け「公益財団法人復光会」となる。

創業3原則

- ・ 公益公共性を基とする
- ・ 中毒性精神障害者の診療を特色とする
- ・ 広く医界に貢献する施策を行なう

2. 活動状況

千葉県船橋市に本部を置き、敷地内に総武病院（452床）、介護老人保健施設やすらぎ（100床）、社会精神医学研究所、兵庫県神戸市西区に垂水病院（289床）の2病院、1介護施設及び研究所を運営している。

総武病院は平成29年度より精神科救急病棟を取得し精神科救急基幹病院の指定を受け、時間外・夜間・休日の救急患者を積極的に受け入れている。精神療養病棟等、多機能な精神医療の中核病院としての充実を目指し、精神科作業療法、精神科デイ・ケア、精神科訪問看護、精神保健相談室等患者の早期社会復帰を支援する諸活動を実施している。垂水病院は平成30年3月精神科急性期治療病棟に対応した7階建新病棟が完成了。一般急性期治療に加えてアルコール依存、薬物依存及びギャンブル等依存の依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の指定を受け、依存症治療の基幹病院としての役割を果たし、精神科訪問看護、精神科デイ・ケアを実施している。

介護老人保健施設やすらぎは40床の認知症専門棟を具備し通所リハビリ、訪問リハビリや介護相談会の実施等地域に根ざした活動を行っている。

社会精神医学研究所は、現代社会の要請に対応した多様な精神障害に関する研究を広く実施し、研究成果を「社会精神医学研究所紀要」として編集、発刊し県内精神科病院や全国の医学図書館に寄贈・公開している。また、精神疾患に関する啓発のため、

一般市民を対象とした市民公開講座も毎年実施している。

4. 公益財団法人矯正協会

矯正協会は、「矯正に関する学術の発展と普及啓発を図るとともに、矯正行政の運営に協力し、もって犯罪及び非行の防止に寄与すること」(定款第3条) を目的とする公益財団法人です。明治21年に創立された大日本監獄協会を前身とし、その歴史は130有余年に及びます。

その間一貫して上記の趣旨に基づく諸活動を行ってきましたが、現在主として行っている公益目的事業は以下のとおりです。

1. 矯正図書館

犯罪・非行の防止など刑事政策に関する
我が国で唯一の専門図書館で、昭和42年に開設されています。当協会の草創期から今日まで収集・蓄積された国内外の矯正文獻やその隣接領域に関する文献（図書約4万冊）を一般公開し、司書が、蔵書の閲覧・複写や各種問合せに応じているほか、文献等のデータベース化や一部資料のホームページ上の一般公開にも努めています。

2. 国際交流

国際交流事業として、中国監獄工作協会・韓国矯正学会との代表団派遣による相互交流やストックホルム犯罪学賞事務局、アジア太平洋矯正局長等会議への資金支援などを行っています。これらの交流によって得られた資料・情報は、海外矯正関係資料として矯正図書館に備え付けています。

3. 出版

創刊から130有余年の歴史を有する月刊誌「刑政」をはじめ、数多くの矯正関連図

書を出版しています。矯正活動の一層の普及啓発や関連する学術研究の振興に資するため、矯正処遇・矯正教育をはじめとする刑事政策に関連する著作・講演録や論文などを一般向けに刊行しているほか、矯正活動の担い手である矯正職員の執務能力の向上などのため、各種の研修教材も発行しています。

4. 広報

矯正活動に対する国民の理解をより深めてもらう目的で開催される全国矯正展や全国各地で開催される地方の矯正展を国と共に催しているほか、矯正施設の落成式等報道機関の取材を前提とすることの多い各種行事を後援するなど、国の矯正広報の支援を通して、矯正活動の普及啓発に努めています。

5. 研究活動

外部の学識経験者等からなる研究アドバイザーの意見や助言を踏まえつつ、矯正施設の運営や再犯防止を目指す被収容者処遇の効果的実施に資するため、矯正処遇・矯正教育・鑑別をはじめとする矯正の諸活動に関する調査研究を行い、その成果を紀要『矯正研究』として発刊しています。当協会職員による調査研究、外部の研究者と共同した調査研究などを行っているほか、研究者・実務家などによる寄稿論文も紀要に掲載するよう努めています。

6. 矯正協会未来フォーラム

刑事政策やその隣接分野の学識経験者・実務家などを話題提供者として国内外から招聘し、定期的に講演会を実施しています。矯正職員を含め刑事政策などに关心を寄せる関係者の参加を得て情報交換・意見交換をし、矯正活動や関連する諸活動につ

いて広い視野、新しい視点から見直すなどの機会となることを目的としています。なお、講演場面を動画サイトに一部公開しています。

7. 矯正施設の安定的運営支援

地元地域との良好な関係維持などの趣旨から、施設の環境整備、地元関係者の列席を得て行う各種行事の開催に要する費用の支援を行うほか、職員全体で行うスポーツ大会などの行事に要する費用の支援、法務大臣表彰・作業表彰などの際の副賞の贈呈、施設が作成する職員向けあるいは被収容者向け所内紙、広報用パンフレット、落成式や周年行事に伴って編集される記念誌の発行に要する費用の支援なども行っています。

8. 矯正職員の執務能力向上支援

矯正職員の執務能力の向上のため、職員研修等に要する経費の援助などを行っています。職員の在外研究・海外研修・海外留学に要する渡航費用の支援も行っており、この中には、矯正医官の国際医学会派遣も含まれています。また、新採用矯正職員への研修教材の提供、職員の武道奨励を目的とした支援なども行っているほか、当協会主催で矯正処遇技法（動機づけ面接や箱庭療法など）講習会を実施し、矯正職員等が受講しています。

9. 被収容者処遇の充実支援

矯正施設において受刑者や少年に矯正処遇・矯正教育を実施するために必要となる機器・図書その他の用品の整備に要する費用の支援のほか、被収容者の行事として行われる運動会や競技会、宗教関係行事などの実施に要する費用の支援も行っています。被収容者が施設の居室で使用するカレンダーも当協会で作成し提供しています。

10. 刑務作業への原材料の提供

刑事施設の刑務所等で実施されている刑務作業は、その大半が民間企業との契約によるものですが、受刑者の労働生産性、機械設備及び立地条件等の制約もあり、全ての受刑者が行う作業を確保することは困難な状況にあるため、本会内の刑務作業協力事業部が、作業に必要な原材料を提供し、その不足分の作業を補うことによって、国の刑務作業を支援しています。

11. 関係団体への助成

犯罪被害者支援団体や、矯正活動を支援する団体に対し、助成を行っています。被害者支援団体への助成は、当協会ホームページに募集要領を掲載して申請を受け、活動内容などが相当と認められる団体に対して行っています。矯正活動を支援する団体としては、被収容者に対する面接指導や宗教教誨を行うことを目的とする法人や、矯正活動に関する調査研究の実施を目的とする学会などがありますが、これらの団体から助成の依頼があって、相当と認められた場合に行っています。

5.一般社団法人 全国精神保健福祉連絡協議会

全国精神保健福祉連絡協議会（以下、本会）は、昭和38年11月に福岡市で開催された第11回精神衛生全国大会の際に発足した。本会は、各都道府県（指定都市を含む）の精神保健福祉協会または協議会（以下、地方精神保健福祉協会）間の連携を図るとともに、精神保健福祉の普及啓発に資することを目的として活動を行っている。令和元年度以降の活動を振り返る。

新型コロナウイルス感染拡大の影響で活

動の制約があったが、いくつかの新たな動きがあった。

本協議会の正会員については、令和元年9月に設立された奈良県精神保健福祉協会を令和3年度に正会員として迎えることができた。大阪精神保健福祉協議会が令和元年5月に解散したことにより、大阪府は本協議会の会員組織のない地域となったが、府下で長く活動を継続してきた豊中精神保健福祉協議会、及び、八尾市精神保健福祉協議会を正会員として迎えることができた。これによって、令和3年度は、本協議会の歴史上はじめて、すべての都道府県に正会員組織を持つことになった。

また令和3年度に「地域共生・精神保健委員会」を設置した。この委員会は、地域共生社会（インクルーシブな社会）の構築に向けて、それを発展させるひと・組織のつながりをつくるとともに、関連する情報を精神保健福祉協会等に発信していくことを目的とする。具体的には、(1) 厚生労働省の研究事業等を背景とした情報発信、(2) 種々の活動についての情報提供、(3) トラウマインフォームドケア（TIC）の普及、(4) 全国精神保健福祉連絡協議会のウェブサイトにおける精神保健アーカイブズの構築、(5) 出版活動、などを進めることとしており、TICの普及のための研修を令和4年度から開始した。令和7年度は10月23日にアディクションとトラウマをテーマに開催した。

本協議会が支援した日本における第二次世界大戦のトラウマについてのワークショップは、「日本における第二次世界大戦の長期的影響に関する学際的シンポジウム」として、令和3年度から連続シンポジウム

を開始した。令和3年度の成果は「戦争と文化的トラウマ」（日本評論社）として刊行された。令和7年度は第二次世界大戦終結80周年日豪共同シンポジウムを8月15日に開催した。このほか統計数理研究所公募型共同利用研究集会等をとおして自殺対策の発展に努め、令和7年度は「自殺対策基本法20周年に向けて：学際的検討と現場の経験を踏まえての政策提言」にかかる研究集会を開催することとなっている。

なお、本会は、令和5年度から総会の日に講演と座談を開催することとしており、令和7年度は「こどもと家庭をまもる－メンタルヘルスは何ができるか－」を開催した。

本会も地方精神保健福祉協会も、すこしでも精神保健の発展に貢献すべく、懸命の努力を続けている。

6. 公益社団法人全日本断酒連盟

昭和38年に結成された全日本断酒連盟は、我国最大の自助組織として全国約580の断酒会と約5,000人の会員を有するネットワークを形成しております。

結成以来、飲酒のもたらす害から回復した当事者自身がその害を広く人々に啓発することにより社会貢献を果たすことを活動の根幹においています。

平成23年には長年の活動が評価され公益社団法人に移行しました。

全国大会・ブロック大会・ブロック研修会の開催をはじめ、断酒学校の開設、セミナーの開講、機関紙「かがり火」の発行、断酒啓発書の発刊などの事業を実施しています。

近年の常習飲酒運転問題、自殺防止対策、家庭内暴力など顕在化しているアルコール関連問題とその解決を目指した社会協力に積極的に参加するとともに、平成25年に成立、平成26年に施行された「アルコール健康障害対策基本法」をアルコール問題に苦しむ人々にとって真に実効性のある法律に育て上げるため、全国各地で活動を展開しています。

【事業内容】

○全断連全国大会

全断連主催による最大のイベントである。毎年1回、全国の各都市で開催される。

○ブロック大会

全国9ブロックで年1回開催する。

- ・北海道ブロック大会
- ・東北ブロック大会
- ・関東ブロック大会
- ・北陸ブロック大会
- ・中部ブロック大会
- ・近畿ブロック大会
- ・中国ブロック大会
- ・四国ブロック大会
- ・九州ブロック大会

○ブロック研修会

体験談の発表と断酒会員の学習機会として、1日あるいは1泊2日の日程で開催。

- ・北海道ブロック研修会
- ・東北ブロック研修会
- ・北陸ブロック研修会
- ・中部ブロック研修会
- ・中国ブロック研修会
- ・四国ブロック研修会
- ・九州ブロック研修会

○断酒学校

1泊2日あるいは2泊3日の日程で、体験談の発表と断酒会員の学習機会として開催。

- ・大雪断酒学校
- ・関東ブロック断酒学校
- ・近畿ブロック断酒学校
- ・山陰断酒学校
- ・松村断酒学校

○全断連セミナー

全国の中堅断酒会員のリーダー育成研修会として1泊2日の日程で開催。

○SBIRTS普及促進事業の推進

厚生労働省は、平成30年以来、地域連携によるアルコール依存症の早期発見、早期対応、継続的支援に係る施策を講じており、令和3年度に策定完了した第二期アルコール健康障害対策推進基本計画では「医療機関、相談拠点、自助グループ等の関係機関の連携体制－SBIRTS－の構築を推進する」と明記された。

この動きに対応し、全断連は、平成30年より、厚労省の依存症民間団体支援事業費補助金制度を活用し、各地域の行政・医療機関の協力を得て、「SBIRTSの普及促進セミナー」の全国展開を実施、全国各地域で「依存症者支援のための顔の見える連携体制」の構築に努めている。

断酒会は引き続きアルコール依存症者の受け入れ体制の一層の整備を急ぎ、この活動を支えるための、断酒会活動に向けた意識改革を進め、断酒会全体の精神的、組織的体力の強化に努める。

7. 一般社団法人 日本精神科看護協会

当協会は、昭和51年5月15日に厚労省（当時）から法人許可を受けた精神科看護職を中心とした職能団体で、会員数は28,194名（令和7年3月31日）です。令和7年度は、法人化50年を迎えました。

こころの健康を通して、誰もが安心して暮らせる社会をつくることを活動理念に掲げ、主に教育事業、社会貢献事業、政策事業を行っています。

1. 教育事業

1) 研修会の開催

精神科看護職の看護の質を高めるために、卒後教育・継続教育として全国で年間400回以上の研修会を開催しています。

研修会は、精神科看護職の倫理的課題解決に向けた活動推進に関する研修をはじめとして多様なテーマを取り上げています。

集合研修だけでなくライブ配信やオンライン配信などの研修会を企画し、多くの看護職が学習できるよう取り組んでいます。令和6年より「看護倫理指導者養成研修会」を全国都道府県支部で実施しています。

2) 精神科認定看護師の養成

平成7年に精神科認定看護師制度を創設し、全国931名（令和7年4月時点）の精神科認定看護師が登録されています。令和7年よりさらに質の向上をめざし制度改正を行いました。近年は精神科の臨床現場だけではなく、訪問看護ステーションなど地域での活躍が広がっています。

3) 日本精神科看護学術集会の開催

日本精神科看護学術集会と日本精神科看護専門学術集会の2つの学術集会を開催し

ています。今年度は、第50回日本精神科看護学術集会を兵庫県で、第32回日本精神科看護専門学術集会を福島県で開催いたします。兵庫県では、1200人を超える精神科看護職が集い交流を図りました。

4) 精神科看護職のクリニカルラダー（日精看版ラダー）の普及

精神科看護の継続学習支援として、精神科看護職のクリニカルラダーの普及啓発に取り組んでいます。

2. 社会貢献事業

当協会では、7月1日を「こころの日」とし、こころの健康に関する普及啓発を行っています。ホームページでは「にっせいかん こころの看護便ネット」を発信する他、SNS（X、LINE、YouTube）で情報発信しています。さらに、全国の精神科看護師が出前講座を行い、こころの健康の理解促進に努めています。

3. 政策事業

臨床での精神科看護の経験と専門性を政策に反映させることで、制度や法律・診療報酬改定等についての政策提言を行い、精神保健医療福祉の向上を推進しています。

2024年度は、精神保健福祉法の改正をうけ、当協会では、「障害者虐待防止の手引き」の周知、業務従事者への倫理教育の推進、医療機関、各関係団体や行政機関と連携を図り、虐待防止対策に取り組みました。

精神科看護職が安全で適切な看護を提供するためには、看護職自身が安全に働き続けられる健康的な職場環境が求められます。2025年度からは、看護職の職場環境整備についても取り組んでいきます。

8. 公益社団法人 アルコール健康医学協会

当協会では、令和6年度において、主に次のような事業を実施した。

1. 普及・啓発事業

(1) 普及・啓発資料の作成事業

機関誌 お酒と健康Vol.45を7,300部、情報誌「NEWS&REPORTS」を19,800部作成した。

(2) 資料情報提供事業

都道府県、市区町村、保健所、精神保健福祉センター、国税局、税務署、酒類業界及び関係団体ほか当協会の活動方針と方向性を一にする内容の学会・大会及び学校等へ当協会作成の資料を配付した。

(3) インターネットによる情報提供

お酒と健康に関する情報、アルコールと健康に関する最新の医学情報等をホームページで広く一般の方々に提供了。令和6年度のアクセス件数は24,907件であった。

(4) 書籍の頒布事業

当協会作成・発行の情報誌、リーフレットなど低廉な価格で、一般消費者、地方公共団体等に販売した。

(5) 後援事業

当協会の活動方針と合致している内容の学会・大会等のイベントに対して、後援団体として当協会の名義使用を認め、当該イベントを側面からバックアップした。なお、令和6年度は6件の後援依頼があった。

(6) 取材・問合せ等への対応事業

新聞・雑誌、TV、ネット等のメデ

ィア関係者や公共団体、一般消費者等から適正飲酒、飲酒運転・20歳未満飲酒防止等に関する問合せや取材依頼等に対応した。

(7) 講演会・セミナー等事業

令和6年11月14日（木）に第14回飲酒と健康に関する講演会を開催した。また、令和7年3月に、講演会の内容を取りまとめた記録集を2,000部作成し、関係者に配付した。

(8) 助成事業

当協会の活動方針と方向性を一にする団体等が実施するイベント等に対し酒類業中央団体連絡協議会の協力を得て、助成金の交付を行った。

2. 学術事業

平成11年度から当協会事業として、世界中の主要な医学雑誌や文献等からアルコールと健康に関する最新の医学情報について疫学・予防・基礎研究（病理・生理・薬理）、臨床・治療（内科系）について収集を開始、平成17年よりビール酒造組合から委託事業となった。令和元年からは臨床・治療（精神科系）も収集。

令和6年度は、アルコールと健康に関する最新の医学情報を245件収集。また、令和5年度上半期の論文要旨124件、下半期117件を令和6年12月に当協会ホームページで公開した。

3. 広告審査事業

酒類業中央団体連絡協議会9団体からの要請により、当協会の付属機関として平成19年1月に設立された酒類の広告審査委員会で令和6年度は計4回の委員会が開催され、主にTVCMについて酒類業界策定の広告宣伝に関する自主基準の順守状況の審議検

討が行われた。また、審査委員会の審査結果の概要をホームページに公開した。

9. 公益社団法人 日本精神神経科診療所協会

1. 設立年月日

昭和49年12月15日、日本精神神経科診療所医会設立

平成7年3月15日、社団法人認可、日本精神神経科診療所協会設立

平成24年4月1日、公益社団法人 日本精神神経科診療所協会 移行認定

2. 会員数 1642（令和7年7月15日現在）

3. 活動状況

本協会は、精神科診療所の資質の向上を図るとともに、精神保健に関する事業を行い、もって精神障害者の福祉の増進及び精神科医療並びに国民の精神保健の向上に貢献することを目的とする。

本協会は、日本の地域精神科医療・保健・福祉の中心的な役割を果たしている精神科診療所の、開設者もしくは管理者により構成されている。会員は精神科医として全国各地において精神疾患の患者に対する外来診療の実践にとどまらず、保健所・保健センターなどにおける精神保健相談や、福祉事務所の顧問医を果たす一方で、デイケア・ナイトケアをはじめとしたリハビリテーション活動を積極的に推進している。また、精神障害者の社会復帰施設を運営したり地域の授産施設やグループホームの設立運営にも協力している。さらに学校教育の場では、精神科学校医としての執務や、教育相談所、児童相談所および心身障害者の施設、児童相談所および心身障害者の施設などへの顧問医としての協力をを行ってい

る。産業場面では、企業の産業医としてこころの病の予防と治療協力に当たっている。その他、地域社会に対する貢献は広範にわたっている。

協会としての活動は、会誌を年6回発行しており、年1回一般向けのブックレットを発刊、年1回の総会開催と、外来精神医学会を全国各地で開催している。さらに各委員会活動によって研究や政策立案を行い、より良い地域精神医療・保健・福祉の方について、厚生労働省をはじめとして関係機関への働きかけを行っている。地域福祉・デイケア委員会では、デイケア施設の全国研修会を開催している。また、認知症等高齢化対策委員会・女性の精神科医療を考える委員会では市民公開講座を、産業メンタルヘルス関連委員会・児童青少年問題関連委員会・自殺対策委員会では関連職種を含めた研修会をそれぞれ主催している。地域包括等検討委員会では、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの検討や医療連携体制の検討を調査・研究する。依存症対策プロジェクトチームでは、依存症対策の講演会を主催している。さらに各地区の診療所協会では、さまざまな公益事業を展開している。

10. 公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

1. 設立 1964（昭和39）年11月19日

（社団法人設立許可：2004（平成16）年6月1日、公益社団法人移行：2013（平成25）年4月1日）

2. 所在地 東京都新宿区大京町23-3 四谷オーキッドビル7F

3. 構成員数 12,298名

(2025年7月25日現在)

4. 役 員

会 長：田村 綾子（聖学院大学）

副会長：廣江 仁（養和会）

尾形多佳士（さっぽろ香雪病院）

島内 美月（八幡浜医師会立双岩病院）

理 事：20名（会長、副会長（3名）、常務理事（1名）を含む）

監 事：2名

5. 目 的

精神保健福祉士の資質の向上を図るとともに、精神保健福祉士に関する普及啓発等の事業を行い、精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動を進めることにより、国民の精神保健福祉の増進に寄与すること。

6. 組 織

①総会、②理事会（正副会長会）、③研修センター、④政策提言部（5委員会）、⑤組織強化部（4委員会）、⑥人材育成部、⑦個別の設置規程に基づく委員会（14委員会）、⑧事務局（専従10名、臨時4名）

7. 事業の概要

- ・権利擁護事業：施策提言、認定成年後見人ネットワーク「クローバー」の運営など
- ・生涯研修事業：基幹研修（基礎、基幹Ⅰ～Ⅲ、更新）、養成研修（認定スーパーバイザー、認定成年後見人など）、課題別研修（ソーシャルワーク、実習指導者、ストレスチェックなど）
- ・普及啓発事業：「精神保健福祉士業務指針及び業務分類」普及事業、精神保健福祉士の資質向上の検討など

・広報・出版事業：機関誌「精神保健福祉」（年4回）、構成員誌「Members Magazine 精神保健福祉士」（年6回）、ウェブサイト、エックス、メールマガジン（週1回）、精神保健福祉士関連出版物の企画・編集など

・その他：全国大会、日本精神保健福祉士学会（学術集会）、国際組織（IFSW）への加盟、国内関係団体との連携など

8. 当面の課題

〈制度・政策〉

- ・精神保健福祉士の機能・役割の明確化と質の担保
- ・生活保護制度をはじめとする社会保障制度の動向に着目した取り組み
- ・診療報酬や障害福祉サービス等報酬等における精神保健福祉士の評価

〈組織運営〉

- ・精神保健医療福祉の将来ビジョンとその達成に向けた長期目標・中期計画の推進
- ・代議員制度における構成員からの意見の集約
- ・都道府県支部及び都道府県協会との連携
- ・組織運営及び事業展開に関する事務的基盤の拡充
- ・協会活動を担う次世代人材の育成
- ・生涯研修制度に基づく専門職としての研さん体制の拡充
- ・組織率の向上

[ホームページ・アドレス]

<https://www.jamhsw.or.jp/>

[エックス・アドレス]

<https://twitter.com/jamhsw>

11. 一般社団法人 全国手をつなぐ育成会連合会

当会は、前身である全日本手をつなぐ育成会の社会福祉法人格の返上に伴い、新たな時代にふさわしい持続可能な地域連携を強化した連合体として、平成26年7月24日に、55都道府県・政令指定都市育成会（正会員）による育成会運動を行う新団体を設立し、令和2年4月1日に一般社団法人格を取得しました。

設立以来、障害のある人の権利擁護と政策提言を推し進め、育成会活動の活性化に向け、地域のニーズに沿った活動を活発に行うことを目指し、国連の障害者権利条約批准、対日審査総括所見などを踏まえた様々な法整備の中、丁寧に課題を掘り下げ、目標を明確にして育成会運動の目指す地点にたどり着けるよう、連合会の総意をもって活動を展開しています。

主な事業は次のとおりです。

1. 広報・啓発事業（知的障害者のための社会啓発）

- ・全国大会、各地方ブロック大会の開催
- ・機関誌「手をつなぐ」の発行
- ・知的障害のある人への理解啓発資料、図書の作成、啓発キャラバン隊活動の推進

2. 研修事業の実施

- ・権利擁護セミナー、育成会フォーラム、行政説明会の開催

3. 地域育成会への総合支援

- ・各種研修、イベントへの助成

4. 研究、調査

- ・障害者政策提言に向けた研究開発

5. 本人活動支援

- ・知的障害者本人が企画、立案、開催する集団的活動を支援
- ・知的障害者の組織運営参画等に関する合理的配慮研究事業の実施

6. 国際活動

- ・国際活動戦略の策定、諸外国の親の会同士や本人同士の交流促進、情報発信
- ・国際的組織の活動への参画と海外情報の収集、会員への情報提供

7. 文化芸術活動

- ・障害者の文化芸術活動を推進する全国ネットワークおよび2025大阪・関西万博に向けた文化芸術ユニバーサル・ツーリズムプロジェクトの事務局

8. 事業所協議会と連携強化

- ・障害者の日中活動や就労の場である事業所（作業所）等の向上と発展を目指し、令和4年度から事業所協議会を56番目の正会員として位置付け

広報誌目録（1号～50号）

- | | |
|--|--|
| 1号 「働く人の心の健康 No.1」 | 27号 「家族会活動の現状と課題」 |
| 2号 「働く人の心の健康 No.2」 | 28号 「わが国の精神保健福祉を振り返る」 |
| 3号 「家族生活と心の健康」 | 29号 「精神障害者のスポーツの現状と課題」 |
| 4号 「老人との心の健康」 | 30号 「精神科領域における芸術活動」 |
| 5号 「地域社会と精神衛生」 | 31号 「精神障害者雇用のこれからを考える」 |
| 6号 「青少年の心の健康」 | 32号 「精神科領域での薬物療法の実際」 |
| 7号 「国際障害者年にあたって」 | 33号 「自殺予防を考える」 |
| 8号 「国際障害年 精神衛生国際セミナー特集」 | 34号 「高齢化社会のメンタルヘルス」 |
| 9号 「思春期の精神衛生 No.1」 | 35号 「精神科リハビリテーションの新しい動き」 |
| 10号 「思春期の精神衛生 No.2」 | 36号 「睡眠と心の健康」 |
| 11号 「老人の精神衛生」 | 37号 「精神障害者スポーツの最近の動き
－スポーツは力を与えてくれる－」 |
| 12号 「婦人の精神衛生」 | 38号 「東日本大震災関連支援の活動報告」 |
| 13号 「中高年の精神衛生」 | 39号 「セルフヘルプ活動の今」 |
| 14号 「21世紀へ向けての社会復帰活動」 | 40号 「うつ病を再考する」 |
| 15号 「これからの精神保健の展開をめぐって
～いま精神保健の現場から～」 | 41号 「精神保健福祉の視点から諸問題を理解
する」 |
| 16号 「ストレスと心の健康」 | 42号 「発達障がいを支え・活かす」 |
| 17号 「ライフスタイルと心の健康」 | 43号 「芸術は人々に潤いをもたらす」 |
| 18号 「メンタルヘルスとQOL(生活の質の向上)」 | 44号 「高齢者のメンタルヘルスをめぐる諸問題」 |
| 19号 「メンタルヘルスとセルフヘルプ（自助）」 | 45号 「これからの『働き方』とメンタルヘルス」 |
| 20号 「少子化社会と心の健康」 | 46号 「身近な『癒し』を考える」 |
| 21号 「精神保健活動への市民参加」 | 47号 「コロナ禍と歩む」 |
| 22号 「災害とメンタルヘルス」 | 48号 「ストレスチェック制度を再考する」 |
| 23号 「宗教とメンタルヘルス」 | 49号 「日本精神保健福祉連盟創立70周年を記
念して」 |
| 24号 「学校・家庭とメンタルヘルス」 | 50号 「能登半島地震関連支援の活動報告」 |
| 25号 「職場のメンタルヘルス」 | |
| 26号 「国際化社会のメンタルヘルス」 | |

全国の精神保健福祉センター一覧

北海道立精神保健福祉センター

札幌こころのセンター

青森県立精神保健福祉センター

岩手県精神保健福祉センター

宮城県精神保健福祉センター

**仙台市
精神保健福祉総合センター**

**秋田県子ども・女性・障害者
相談センター**

山形県精神保健福祉センター

福島県精神保健福祉センター

茨城県精神保健福祉センター

栃木県精神保健福祉センター

群馬県こころの健康センター

埼玉県立精神保健福祉センター

**さいたま市
こころの健康センター**

千葉県精神保健福祉センター

千葉市こころの健康センター

東京都立精神保健福祉センター

**東京都立
中部総合精神保健福祉センター**

**東京都立
多摩総合精神保健福祉センター**

〒003-0027 札幌市白石区本通16丁目北6-34
TEL011-864-7121

〒060-0042 札幌市中央区大通西19丁目WEST19 4階
TEL011-622-0556

〒038-0031 青森市三内字沢部353-92
TEL017-787-3951

〒020-0015 盛岡市本町通3-19-1県福祉総合相談センター内
TEL019-629-9617

〒989-6117 大崎市古川旭5-7-20
TEL0229-23-0021

〒980-0845 仙台市青葉区荒巻字三居沢1-6
TEL022-265-2191

〒010-0864 秋田市手形住吉町3番6号
TEL018-831-3946

〒990-0021 山形市小白川町2-3-30
TEL023-624-1217

〒960-8012 福島市御山町8-30福島県保健衛生合同庁舎5階
TEL024-535-3556

〒310-0852 水戸市笠原町993-2
TEL029-243-2870

〒329-1104 宇都宮市下岡本町2145-13
TEL028-673-8785

〒379-2166 前橋市野中町368
TEL027-263-1166

〒362-0806 北足立郡伊奈町小室818-2
TEL048-723-3333

〒330-0071 さいたま市浦和区上木崎4丁目4番10号
TEL048-762-8548

〒261-0024 千葉市美浜区豊砂6番1
TEL043-307-8439

〒261-0003 千葉市美浜区高浜2-1-16
TEL043-204-1582

〒110-0004 台東区下谷1-1-3
TEL03-3844-2210

〒156-0057 世田谷区上北沢2-1-7
TEL03-3302-7575

〒206-0036 多摩市中沢2-1-3
TEL042-376-1111

神奈川県精神保健福祉センター

〒233-0006 横浜市港南区芹が谷2-5-2
TEL045-821-8822

横浜市こころの健康相談センター

〒231-0005 横浜市中区本町2丁目22番地京阪横浜ビル10階
TEL045-671-4455

川崎市総合リハビリテーション推進センター

〒210-0024 川崎市川崎区日進町5-1
TEL044-200-3195

相模原市精神保健福祉センター

〒252-5277 相模原市中央区富士見6-1-1ウェルネスさがみはら7階
TEL042-769-9818

山梨県立精神保健福祉センター

〒400-0005 甲府市北新1-2-12山梨県福祉プラザ3階
TEL055-254-8644

新潟県精神保健福祉センター

〒950-0994 新潟市中央区上所2-2-3新潟ユニゾンプラザハート館
TEL025-280-0111

新潟市こころの健康センター

〒951-8133 新潟市中央区川岸町1丁目57番地1
TEL025-232-5560

富山県心の健康センター

〒939-8222 富山市巻川459-1
TEL076-428-1511

石川県こころの健康センター

〒920-8201 金沢市鞍月東2-6
TEL076-238-5761

福井県総合福祉相談所

〒910-0026 福井市光陽2-3-36
TEL0776-24-5135

長野県精神保健福祉センター

〒381-8577 長野市大字下駒沢618-1
TEL026-266-0280

岐阜県精神保健福祉センター

〒502-0854 岐阜市鷺山向井2563-18
TEL058-231-9724

静岡県精神保健福祉センター

〒422-8031 静岡市駿河区有明町2-20静岡総合庁舎別館
TEL054-286-9245

静岡市こころの健康センター

〒420-0821 静岡市葵区柚木1014番地
TEL054-262-3011

浜松市精神保健福祉センター

〒430-0929 浜松市中央区中央1丁目12番1号県浜松総合庁舎
TEL053-457-2709

愛知県精神保健福祉センター

〒460-0001 名古屋市中区三の丸3-2-1東大手庁舎8階
TEL052-962-5377

名古屋市精神保健福祉センター

〒453-0024 名古屋市中村区名楽町4-7-18
TEL052-483-2095

三重県こころの健康センター

〒514-8567 津市桜橋3-446-34 三重県津庁舎保健所棟2階
TEL059-223-5241

滋賀県立精神保健福祉センター

〒525-0072 草津市笠山8-4-25
TEL077-567-5010

京都府精神保健福祉総合センター

〒612-8416 京都市伏見区竹田流池町120
TEL075-641-1810

京都市こころの健康増進センター	〒604-8854 京都市中京区壬生東高田町1番地-20 TEL075-314-0355
大阪府こころの健康総合センター	〒558-0056 大阪市住吉区万代東3-1-46 TEL06-6691-2811
大阪市こころの健康センター	〒534-0027 大阪市都島区中野町5-15-21都島センタービル3階 TEL06-6922-8520
堺市こころの健康センター	〒590-0808 堺市堺区旭ヶ丘中町4-3-1健康福祉プラザ3階 TEL072-245-9192
兵庫県精神保健福祉センター	〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1-3-2 TEL078-252-4980
神戸市精神保健福祉センター	〒650-0016 神戸市中央区橘通3-4-1総合福祉センター3階 TEL078-371-1900
奈良県精神保健福祉センター	〒633-0062 桜井市栗殿1000 TEL0744-47-2251
和歌山県精神保健福祉センター	〒640-8319 和歌山市手平2-1-2県民交流プラザ和歌山ピッグ愛2階 TEL073-435-5194
鳥取県立精神保健福祉センター	〒680-0901 鳥取市江津318-1 TEL0857-21-3031
島根県立心と体の相談センター	〒690-0011 松江市東津田町1741-3いきいきプラザ島根2階 TEL0852-32-5905
岡山県精神保健福祉センター	〒700-0985 岡山市北区厚生町3-3-1 TEL086-201-0850
岡山市こころの健康センター	〒700-8546 岡山市北区鹿田町1-1-1保健福祉会館内4階 TEL086-803-1273
広島県立総合精神保健福祉センター	〒731-4311 安芸郡坂町北新地2-3-77 TEL082-884-1051
広島市精神保健福祉センター	〒730-0043 広島市中区富士見町11-27 TEL082-245-7746
山口県精神保健福祉センター	〒753-0814 山口市吉敷下東4-17-1 TEL083-902-2672
徳島県精神保健福祉センター	〒770-0855 徳島市新蔵町3-80 TEL088-625-0610
香川県精神保健福祉センター	〒760-0068 高松市松島町1-17-28香川県高松合同庁舎4階 TEL087-804-5565
愛媛県心と体の健康センター	〒790-0811 松山市本町7-2愛媛県総合保健福祉センター内 TEL089-911-3880
高知県立精神保健福祉センター	〒780-0850 高知市丸の内2丁目4-1高知県保健衛生総合庁舎1階 TEL088-821-4966
福岡県精神保健福祉センター	〒816-0804 春日市原町3-1-7 TEL092-582-7510

福岡市精神保健福祉センター

〒810-0073 福岡市中央区舞鶴2-5-1あいれふ3階
TEL092-737-8825

**北九州市立
精神保健福祉センター**

〒802-8560 北九州市小倉北区馬借1-7-1総合保健福祉センター5階
TEL093-522-8744

佐賀県精神保健福祉センター

〒845-0001 小城市小城町178-9
TEL0952-73-5060

**長崎こども・女性・障害者
支援センター**

〒852-8114 長崎市橋口町10-22
TEL095-844-5132

熊本県精神保健福祉センター

〒862-0920 熊本市東区月出3-1-120
TEL096-386-1166

熊本市こころの健康センター

〒862-0971 熊本市中央区大江5-1-1 ウエルパルくまもと3階
TEL096-362-8100

大分県精神保健福祉センター

〒870-1155 大分市大字玉沢字平石908
TEL097-541-5276

宮崎県精神保健福祉センター

〒880-0032 宮崎市霧島1-1-2宮崎県総合保健センター4階
TEL0985-27-5663

鹿児島県精神保健福祉センター

〒890-0021 鹿児島市小野一丁目1-1(ハートピアかごしま2階)
TEL099-218-4755

**沖縄県立
総合精神保健福祉センター**

〒901-1104 島尻郡南風原町字宮平212-3
TEL098-888-1443

編 集 後 記

日本精神保健福祉連盟（以下、連盟）は日本における精神保健福祉団体との連絡を密にし、その協力により、精神保健福祉の向上をはかることを目的として1953年に設立された。連盟の事業には、精神保健福祉に関する調査研究並びに資料の収集及び情報の交換、精神障害者スポーツの振興事業、精神保健福祉全国大会の開催及び精神保健福祉事業功労者の表彰、精神保健福祉に関する広報、世界精神保健連盟との提携がある。編集委員会には、精神保健福祉の向上をはかるための発信と、連盟の活動を社会に広めていくことが求められている。その責務を果たすため、新たな体制で編集委員会を組織した。読者の意見を得て、活発な編集委員会の活動を進めていきたい。率直なご意見をお待ちしております。

(編集委員長 竹島正)

贊助会員 募集

会 費

毎年4月1日から始まり、翌年3月31日までを事業年度としています。

【年会費】個人 一口 5,000円以上

団体・法人 一口 30,000円以上

※ 年度途中のご入会につきましても当該年度分を納入して頂くことになります。



入 会

「贊助会員入会申込書」に記入の上、FAX、郵送、メールにて直接連盟事務局へ届け出下さい。

入会については、当連盟理事会において承認を得た後、追ってご通知申し上げます。

編 集 委 員

竹島 正 公益社団法人 日本精神保健福祉連盟 常務理事

中庭 良枝 一般社団法人 日本精神科看護協会 事務局 本部長

島田 達洋 栃木県精神保健福祉センター 所長

後藤 基行 立命館大学大学院 先端総合学術研究科 准教授

齋藤 真哉 埼玉県立精神保健福祉センター 精神保健福祉相談員



2025年(令和7年)11月1日発行：非売品
編集・発行人：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3-15-14
日精協会館内
TEL. (03) 5232-3308
FAX. (03) 5232-3309

