

住民サービスを重視した相談援助体制の検討

Examining of Social Work System that places Emphasis on A Service for Citizens

栗原浩之*

Kurihara Hiroyuki

I. はじめに

行政機関における精神保健福祉相談体制は、保健所と市町村の二層構造となり5年が経過した。同一地域において所属機関の異なる同一専門職が相談援助活動に従事する現行体制のもとでは、身近な窓口である市町村に対して住民は多くの期待を寄せることもあり、保健所と市町村の業務分担が曖昧になりつつあると考えられる。こうしたことから本稿では、「行政機関による相談機関の重層化」が、住民にとって利用しやすいシステムとして十分に機能しているかどうかを見直し、住民サービスを重視した相談援助体制の構築にむけた検討を行うこととした。

II. 精神保健福祉業務における保健所と市町村の業務分担

国は「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」(表)において、行政機関の双方の役割分担を定めている¹⁾。

この表は行政機関で実施している精神保健福祉業務の指針となっているものであるが、保健所が業務の多くを担う地域の中核的機関と定められている一方で、市町村は業務項目のかなり限定された機関となっている²⁾。また、保健所業務に位置づけられている「訪問指導」は「相談」と一体的なアプローチでありながら、市町村業務には「相談指導」項目しか位置づけられていない等の不十

(表) 保健所及び市町村における精神保健福祉業務について

保健所業務		市町村業務	
1	企画調整	1	企画調整
2	普及啓発	2	普及啓発
3	研修	3	相談指導
4	組織育成	4	社会復帰及び自立と社会参加への支援
5	相談	5	入院及び通院医療関係事務
6	訪問指導	6	ケース記録の整理及び秘密の保持等
7	社会復帰及び自立と社会参加への支援		
8	入院及び通院医療関係事務		
9	ケース記録の整理及び秘密の保持等		
10	市町村への協力及び連携		

*社会福祉演習・実習室

分な点が見受けられるため、相談援助活動のガイドラインとして適切であるかどうかは疑問である。住民サービスを重視した相談援助体制を検討する上では、こうした保健所と市町村の業務分担のあり方を見直す必要があるため、住民の利用しやすい窓口である市町村における相談援助活動の実態把握が重要となってこよう。

Ⅲ. 市町村における相談援助活動の状況

平成19年2月に、A県の市町村において精神保健福祉相談援助活動に従事している担当者4名(PSW)から「日ごろの相談援助活動において対応に苦慮した事例」の聞き取り調査を実施した。聞き取り内容を「対応に苦慮した事例」としたことについては、さまざまな援助展開が担当者の記憶に鮮明に残っている可能性の高いことが予想され、市町村の実態が反映されやすいものと考えられたためである。事例は対象者が特定できないよう配慮されてあったが、記述上の配慮も必要なことから、インシデント事例に近い形式で示すこととした。

<事例1>

アルコール問題を抱えた本人とその妻、統合失調症で入院中の娘の3人世帯。以前から長女の調子が悪くなると飲酒し、その度に妻、娘は困惑していた。娘が退院のための外泊を行った際、本人が泥酔し娘と口論となり暴れたため、制止しようとした妻が負傷。駆けつけた救急隊からの110番通報となり、泥酔状態だった本人は警察署に保護となる。その後、警察官から市町村担当課に電話連絡が入り、担当者が警察署にいる本人を訪問し、アルコール問題の直面化を行う。本人から治療の承諾が得られたため、アルコール依存専門病院に入院となった。

<事例2>

25歳男性。本人は幻覚妄想状態であり、幻聴に左右され両親や兄弟に対して暴力が出現しているが、受診につながっておらず。家族からの相談に基づき市町村担当者が本人を訪問し、受診の説得を行う。その結果、治療につながる。

<事例3>

70代の母と40代の統合失調症をもつ女性の2人暮らし。生活保護受給のため生活保護担当課の関

わりに加え、母は介護保険サービスの利用者であるため、高齢者福祉担当課も関わりをもっている。本人が母に対し暴力を繰り返し、大腿骨骨折のため母が近隣の医療機関へ入院となる。その直後、本人は大量服薬を行い、一般病院に運ばれた。本人は順調に回復し、退院をむかえることとなる。母については、そのまま施設入所という運びとなる一方、本人の在宅生活の再開を行う上でも、医療面において調整すべき点があるため、市町村担当者を中心に関係者が集まり検討を交え、本人の在宅生活が実現する。

<事例4>

30代女性。統合失調症との診断がついているが、現在は医療中断。一人暮らし。友人が保健所に相談。本人が幻覚妄想状態となっており、「家の中でいないはずの人がいる」と言ったり、下着姿で外出したりする状況にある。保健所担当者から市町村担当者へ協働依頼の連絡が入り、両担当者で訪問を行うも受診については拒否。その後、市町村担当者がこの事例を引きつぎ、友人、本人の家族らとともに改めて本人を説得し、受診につながった。

<事例5>

60代男性。統合失調症の診断があったが医療中断。一人暮らし。入院歴は多数。幻聴から壁を登って隣家に侵入するなどの行為が出現。近隣住民が保健所担当者へ相談を行う。保健所担当者から市町村担当者へ協働依頼あり、本人の兄含め3者で訪問するも拒否され、家に入れてもらえず。経過観察が必要なため、今後も訪問継続予定としたが、その後まもなく警察官通報に基づく診察のはこびとなる。診察の結果、措置要件には該当しなかったが、医療保護入院となったため、入院から市町村担当者を中心となって医療機関と連携を図り、本人の退院にむけた関わりを行っている。

以上の5事例を振り返ると、<事例1>では、警察から保健所を介さずに市町村担当者へダイレクトに連絡が行われている実態が生じており、担当者によるアウトリーチを展開していることがうかがえる。次の<事例2>については、担当者が症状の活発化している対象者へ受診勧奨を目的としたアプローチを行っている。また<事例3>に

については、担当者が各関係機関の連携の核となり、援助を行っている。最後の〈事例4〉〈事例5〉では、保健所担当者から市町村担当者への協働依頼の後、市町村担当者が相談事例を引き継ぎ、中心となった関わりを持たれていることがうかがえる。これらの5事例に共通している援助展開として、医療面における調整や医療への導入を目的としていること、さらには緊急性の高い対象者への介入を実践していることがあげられ、市町村担当者が、保健所業務に位置づけられている業務項目にオーバーラップしている実態が明らかとなった。

IV. 考 察

1. 行政機関における相談援助体制の二層化を見直す必要性

限られた事例の検証ではあるが、現実の市町村業務は福祉サービスの調整を中心としたマネジメントにとどまらず、医療への導入を目的とした支援にも関わっており、多くの問題を抱えた相談事例への対応を迫られている状況にあることがうかがえる。(表)の「保健所業務」における「6訪問指導」の細目(本稿では紙面の都合上、表への掲載は省略する)においては、「①危機介入的な訪問」及び「②医療の継続又は受診についての相談援助や勧奨」が明記されてあるが、市町村業務にはこれらの細目が定められておらず、ガイドラインと実態がかけ離れたものとなっている³⁾。

一般的に、市町村窓口で相談受理後、相談内容から保健所に対応することが適切と担当者が判断した場合において、示された保健所と市町村の業務分担に忠実な相談援助を行うとするのであれば以下になるよう。

- (1) 市町村担当者が相談者に保健所担当者を紹介し、再相談をすすめる展開(この際、相談者から同意が得られて受理した情報を保健所担当者への確に伝えられたとしても、相談者にとっては改めて保健所へ赴き相談をすることになる)。
- (2) 市町村担当者が保健所担当者を交えた面接機会を改めて設定し、保健所担当者が市町村に訪れて相談を行うという展開。
しかしながら、これら(1)と(2)のどちらを選択し

ても、相談者にとって二度手間となることには変わりがない上、市町村がこの業務分担を意識しすぎることによって、相談者である住民にとっては時間的なロスや疲労感を伴うことは否定できず、相談機関の二層化がシステムとして合理的でないことが顕著となろう。相談内容の緊急性が高くなるほど、その影響は援助対象者の抱える問題の深刻化を招く恐れがあり、相談援助活動の本来の目的とはますます程遠くなっていくものである。

〈事例4〉〈事例5〉においては、保健所担当者から市町村担当者へ相談事例の引継ぎがなされており、市町村において相談受理した後、保健所担当者への担当移行という恒常的な連携フローとは異なった傾向が見受けられる。こうした実態は、頻りに経過観察を要する等、複雑な状況下にある相談事例こそむしろ住民と接点の多い市町村において対応することが適切であることを裏づけている。2006年度の精神保健福祉法改正による、市町村における精神保健福祉相談の義務化に伴って、市町村はますます多くの精神保健福祉ニーズと向き合っていくこととなる。現行体制のままでは行政機関相互の「横割り」の状況にすぎないため、保健所と市町村の業務分担のあり方を検討すべき時期に来ているといえよう。

2. 市町村担当者による危機介入が可能となる相談援助体制構築の必要性

事例に見られるとおり、住民が抱えている精神保健福祉ニーズには危機状態に相当する場面も多く、保健所担当者のみならず、市町村担当者にとっても即応力を求められていることから、市町村においても、危機介入が可能となる相談援助体制の構築にむけ動き出す必要性が生じてきているように考えられる。こうした体制づくりにあたっては、①援助は可能な限り早く供給され、しばしばアウトリーチプログラムを通じて行われること、②介入は時間制約があり短期であること、③実際の情報や具体的なサポートが供給されること、④ソーシャルサポートが動員されることが前提となってこよう⁴⁾。危機介入が可能となる相談援助体制の構築にあたり、ここでは、市町村がとりくむべき実務を考えたい。

(1) 精神保健福祉法に基づいた介入方法にまつわるアカウントビリティの認識

新村⁵⁾は緊急の介入が必要な事例や、第三者からの相談事例ほど、本人や家族の「援助を求めるサイン」を読み取るためには、受理面接が丁寧に行われることの重要性を述べている。精神保健福祉相談はその特性から、第三者が相談者となつてはじめてニーズが顕在化する事例も多いため、受理面接時に緊急性の判断が重要となってくることは言うまでもない。同時に、緊急性の高い事例への対応にあたっては、市町村担当者が相談者に対して、精神保健福祉法に基づいた介入方法についてのアカウントビリティ⁶⁾が常に伴うことを理解しておく必要がある。さまざまな介入を試みた結果、問題解決に至らない相談事例に対しても同様である。

しかし、市町村担当者が、法的介入に携わった経験をもたずして採用された精神保健福祉士や、人事異動によって精神保健福祉業務にはじめて従事する保健師である場合、相談援助のプロセスで法的介入の判断を行うことは難しいものと考えられるため、保健所担当者は彼らに対して、研修機会を積極的に提供し、保健所と市町村の担当者双方が相談援助技術の足並みを揃えていけるよう配慮しなければならないといえる。

(2) 保健所再編の影響を補うための市町村担当者によるアウトリーチの充実

地域保健法の施行以降、市町村は対人保健サービスにおいて徐々に危機介入を求められる立場となりつつある。1993年に852カ所あった保健所は、2006年4月現在535カ所にまで統廃合されており⁷⁾、対人サービス業務の大半が市町村へと委譲されてしまったことから、今後ますます再編が加速していくものと考えられる。そもそも保健所再編は、健康危機管理機能や市町村支援機能といった複数の機能強化と専門的技術の集約を再編の目的として打ち出しているが⁸⁾、統廃合により保健所と地域住民の距離が遠隔化することから、保健所担当者によるアウトリーチに大きな支障をきたす等の課題を生み出している⁹⁾。さらに、都道府県職員削減の波が押し寄せている現状に伴い、市町村には保健所の代替的な援助活動を求められることが予想されるため、アウトリーチの充

実にむけた体制整備を考慮すべきステージにあるのではないだろうか。

(3) 予約制相談に関する広報手段の検討

危機介入の体制整備を論じる上では、広報誌等における予約制相談についての広報の仕方についても検討を行っておくべき時期にきている。山本¹⁰⁾は「電話で申し込みがあった時点が、まさに危機状態の時点である。その時、すぐさま、またはできるだけ早く相談にのるのがユーザーのニーズにかなっている上、その相談の効果は大きい。待機させておいて2ヵ月も後に会っても意味のないことになる。」と述べており、予約制相談についての疑問を投げかけている。市町村が発行する広報誌に掲載される専門相談日は相談窓口が住民に開かれていることを示す一方、予約制の相談しか設置していない印象を与えかねないものである。市町村における相談窓口が住民にとって利用しやすいものとなるよう、広報手段に配慮を加えていくことがのぞまれる。

3. 保健所を経由する精神保健事務の見直しの必要性

平成14年度以降、通院医療費公費負担制度（現行では障害者自立支援法に基づく自立支援医療費が相当する）及び精神障害者保健福祉手帳の利用申請等は保健所から市町村へと移譲された。一方で、保健所における精神保健福祉事務に入退院関係書類事務が残されたため、医療保護入院に係る入退院届や定期病状報告、措置入院者の症状消退届等の医療機関から提出される書類は引き続き保健所を経由したままである。つまり都道府県型保健所が管轄する市町村にあっては、自立支援医療費事務を扱うことにより、市町村担当者が地域に在住している外来通院者の実態把握が可能となりながらも、入退院者についての把握は依然難しい状況にあるといえる。これは相談援助活動以外にも、行政機関の二層化による弊害が存在していることを裏づけている。市町村担当者が相談援助活動を通じて、受診・受療援助に関わりつつある現在、彼らに関わった援助対象者の治療後の経過について、十分な実態把握を行えることがのぞまれよう。さらに精神保健福祉法第21条に規定される市区町村長同意によって医療保護入院と

なっている者についても、医療機関から病状を報告するための関連書類が保健所でとりまとめられている状況は同様であるため¹¹⁾、保健所を経由する精神保健事務を市町村においてどのように把握するかが相談援助活動を推進していく上では重要になることと考えられる。

4. 保健所と市町村双方の担当者によるパートナーシップ意識の必要性

精神保健福祉業務の市町村移譲の際、広沢¹²⁾は市町村における相談業務開始にあたって、保健所における市町村へのコンサルテーション機能の重要性について述べていた。コンサルテーションにおける「コンサルタント・コンサルティ」間の基本的関係は対等（Coordinate）であり、そこには位階的権威の緊張は内在せず、クライアントに関するケースの結果に対しても専門的責任を持たないとされている¹³⁾。しかしながら、市町村担当者が福祉サービス調整に限定した援助に留まらず、幅広い援助を展開している現状から、保健所と市町村の関係が「コンサルタント・コンサルティ」という関係から脱却し、同一地域において同一業務を担う援助職が「地域」に対してともに責任を負う、いわばパートナーシップに基づいた関係であるべきと考える。

渡辺¹⁴⁾は市役所を「暮らしのデパート」と例えている。商品を社会資源とするのであれば、デパートの店員である市町村担当者は、商品についての知識や提供ノウハウを5年にわたる相談援助

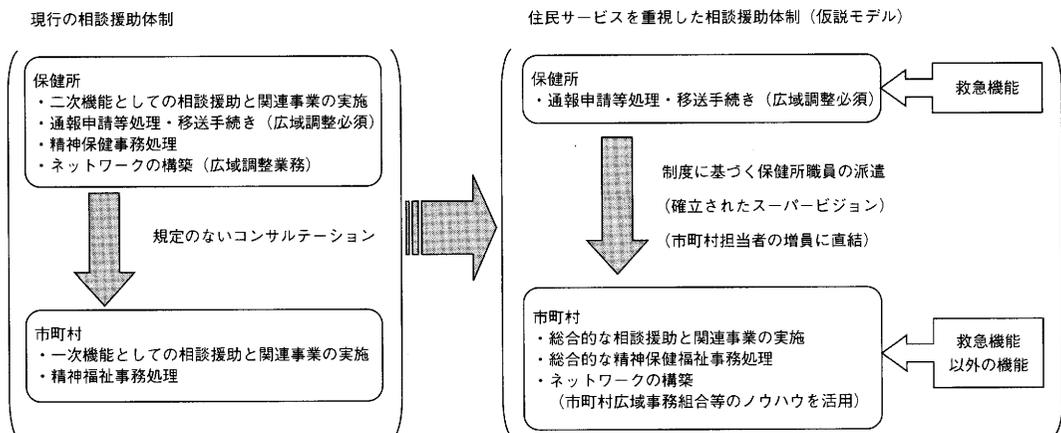
業務によって獲得してきているはずである。「相談援助技術はすべて保健所担当者から支援を受けるもの」という受動的なスタンスが市町村担当者の意識に蔓延しているとすれば、真の協働に基づいた相談援助活動は難しいのではないだろうか。

V. 結論

考察から、現行の精神保健福祉業務における保健所と市町村の業務分担に基づいた相談援助体制のあり方を検討する必要性が浮き彫りとなった。特に精神保健福祉相談における業務分担の効率化を推進するためには、市町村を基盤とした相談援助体制の構築に比重を置くことが求められている。これらを踏まえ、現行の行政機関の二層化から市町村に相談機能や関連事務を集約し、一元化した総合相談援助体制（図）への移行こそが、住民サービスを重視する上での最も適切な相談援助システムとなるのではないかと考える。要するに、行政機関における業務分担の枠組みの変更である。

この仮説モデルの構成要件として、「①都道府県職員の派遣制度を積極的に活用し、保健所職員を精神保健福祉業務専任として一定期間、市町村へ派遣することによって、市町村における総合相談援助体制を整備すること」、「②現在、保健所で取り扱っている精神保健事務について、市町村担当者が精神障害をもつ者の実態把握を行えるよう、市町村経由事務とすること」の2つをあげたい。そして、市町村における総合相談援助体制の

（図） 住民サービスを重視した相談援助体制の検討



構築が実現することにより、以下の効果が期待されるものと考えられる。

- (1) 相談援助技術が市町村担当課のみならず、市町村組織における福祉関係各課へも普遍化される。
- (2) 受診勧奨から退院支援に至るまで総合的な相談援助活動が実施されることに伴い、市町村と保健所の2つの機関を住民が行き来する労力が最低限に抑えられ、危機介入が迅速化する。
- (3) 保健所で実施していたアルコール依存や社会的ひきこもりといった、よりスペシフィックな領域に位置づけられている相談事業についても、市町村保健部門の成人保健事業等とリンクすることによって、市町村主導による事業展開が可能になるため、住民が保健所まで足を運ぶ必要がなくなる。
- (4) 精神保健事務の市町村経路によって、精神科病院入退院者の実態把握が市町村レベルで可能となり、個別相談援助活動のみならず社会的入院の解消を目的とした今後の障害者施策の展開に生かせる可能性がある。(入退院関連書類を自立支援医療費制度と同様に、居住実態のある市町村がとりまとめを行うシステムへと改めておくことが前提である)
- (5) 精神保健事務の市町村経路によって、権利擁護の視点から多くの指摘がなされている市区町村長による保護義務履行の問題についてもクローズアップされる可能性がある¹⁵⁾。

一方、保健所に残されるべき機能については、精神保健福祉法で規定される法的介入を中心とした行政事務を司る機能があげられ、精神科救急システムとの連動にかかるノウハウが求められることや莫大な事務的経費を要すること、さらには精神科医療機関が偏在している地域状況により広域調整を必要とする業務であることから行財政能力に格差のある市町村では難しく、むしろ保健所の特性を生かさなければ困難な業務であるといえよう¹⁶⁾。同時に、保健所再編によって、広域化した管轄地域へのアウトリーチが遅延化している保健所については、再編による影響がこれ以上大きくならないよう保健所独自の努力が引き続き求められるものである。

最後に、筆者の考える、住民サービスを重視した相談援助体制(仮説モデル)についての限界を付け加えておく。一定以下の人口規模にある市町村にあつては、保健所担当者の力を借りずして、市町村担当者が住民の状況把握を十分に行っているものと推察される。また安武¹⁷⁾は、「保健所が担当する人口規模の小さい方が、保健所職員が出張して市町村を支援している保健所がやや多い傾向にある」ことを述べており、住民サービスを重視した相談援助体制の実現にあつては、地域状況を勘案しつつ、さらなる事例の検証を深めて検討していく必要がある。

市町村が障害者自立支援法に基づく、相談支援事業の全面委託に依拠してしまうと、行政機関だからこそできるはずの相談援助活動が、当該地域では存在しなくなる可能性がある。昨今、社会福祉法人等のいわゆる認可法人に対して、独立した経営体への脱皮を促す制度改革が進められていることから¹⁸⁾、こうした団体が財政的に厳しい状況に置かれており、行政機関にない柔軟性が期待できる反面、費用対効果の上まらない援助活動については時間の避けなくなることが予測される。住民サービスを重視した相談援助体制の構築にあつては、市町村担当者による相談援助活動の展開が原則となることは言うまでもない。

VI. おわりに

本稿は住民の利用しやすい窓口とはどうあるべきかという視点から相談援助体制のあり方について述べたものである。今後、市町村における相談体制のより一層の充実が期待されるところであろうが、市町村の姿勢次第では、施策格差が大きくなっていくことが懸念される。「この自治体に生まれた不幸」が現実のものとならないよう、住民サービスに着眼した柔軟な行政運営を求められていることだけは確かである。

注

- 1) (表)は、平成12年3月31日障第251号各都道府県知事・各指定都市市長あて 厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知『保健所及び市町村における精神保健福祉業務について』(最終改正 平成14年3月29日障発第0329008号)の「第3 業務の実施」を示した

- ものである。紙面の都合上、細目については割愛している。また、保健所の運営主体がさまざまなことから、本稿での保健所とは都道府県型保健所を指すこととした。
- 2) 東京都は平成15年4月から市町村における精神保健福祉相談窓口を開設したが、市町村で主に受ける相談を生活相談、医療継続の相談、福祉相談とする一方、保健所で主に受ける相談を医療につなげるための相談、専門（医）相談と分類した広報チラシを一般住民に配布し、業務分担の明確化に努めた。
 - 3) 田中は「危機介入は県や保健所の業務ととらえがちになりやすいが、精神障害者の特性から行政の役割分担ではすぐに機能しない」ことを指摘している。田中英樹「ケースワークの実際」日本精神保健福祉士養成校協会編集『精神保健福祉援助技術各論』中央法規 2007. P. 28
 - 4) 危機介入実践理論から抜粋したものである。フランシス・J・ターナー編集『ソーシャルワークトリートメント（上）相互連結理論アプローチ』中央法規 1999. P. 283
 - 5) 新村順子・柏木由美子「精神保健福祉活動における初期介入に必要な保健師の視点と援助技法―出会いと危機介入の展開」『保健婦雑誌』Vol. 59 No. 10 医学書院 2003-10 P. 917
 - 6) ここでいうアカウントビリティとは高沢の定義した「委任された権力の合目的的な行使を根拠に基づいて説明する責任」として用いることとする。高沢武司『福祉パラダイムの危機と転換』中央法規 2005. P. 31
 - 7) 助川征雄「保健所」精神保健福祉白書編集委員会『精神保健福祉白書2007年版』中央法規 2006. P. 61
 - 8) 多摩地域保健サービス検討会事務局『多摩地域保健サービス検討会「最終報告」』平成15年7月発行
 - 9) 地域保健法により市町村と都道府県型保健所の業務分担が進む状況でこそ、保健所は市町村とともに現場で汗をかかないと、市町村支援機能を十分に果たせないという指摘もある。田上豊資「保健所による市町村支援の一環としての研修」『保健婦雑誌』Vol. 57 医学書院 2001. P. 240-243
 - 10) 山本和郎「危機学説」『現代のエスプリ』至文堂 1996. 10 P. 44
 - 11) 藤野邦夫『わが国の精神科医療と市町村長同意制度～現状の課題の検討～』新潟大学医学部保健学科紀要7(4) 2002. P. 510
 - 12) 広沢昇「地域精神保健福祉活動における保健所の役割」『公衆衛生』Vol. 68 No. 2 医学書院 2002-2 P. 119
 - 13) 佐藤豊道『ジェネラリストソーシャルワーク』川島書店 2001. P. 402
佐藤は、カプランによる精神保健コンサルテーションの特徴を15点にわたって要約したのから抜き出している。
 - 14) 渡辺繁博「市の事例―上尾市」全国精神保健福祉相談員会編『市町村時代の精神保健福祉業務必携』中央法規 2002. P. 152
 - 15) 磯村大ほか「市区町村長同意で医療保護入院中の精神障害者の実態、および市区町村長の保護義務履行に関する病院の意見に関する調査」『精神経誌』101巻8号日本精神神経学会 1999. P. 695
 - 16) 塙は障害者自立支援法に規定されていない保健所は岐路に立っているが、精神科救急医療システムと地域のつなぎ役にこそ保健所の役割が期待されていることを述べている。塙一徳「精神保健・医療・福祉は岐路に立っている―一現場の精神保健福祉相談員から見えるもの―」『病院・地域精神医学』通巻163号 Vol. 49 No. 1 日本病院・地域精神医学会 2006. P. 52
 - 17) 安武繁『精神保健福祉法一部改正施行への対応に伴う市町村の機能強化と都道府県による支援の方策に関する研究』広島県立保健福祉大学誌人間と科学(1)2005. 5 P. 11
 - 18) 平岡は、社会福祉法人等が市場原理の中に投入されることによって、創意工夫を凝らした福祉経営と制度の狭間に落ちてしまった人々への支援が両立すべきものかは検討を要する課題であることを指摘している。平岡公一「福祉多元化和NPO」三浦文夫監修『新しい社会福祉の焦点』光生館 2004. P. 91