

H.C.R.2006 ふくしのスキルアップ専門職講座報告

vol. 3

H.C.R.2006では、福祉・介護職のスキルアップを図るため、多彩な専門職講座を開催いたしました。保健福祉広報協会ではその内容を順次H.C.R.ニュースに掲載しております。今回は「社会福祉施設における精神障害者処遇／養護老人、救護、母子生活支援施設」です。

社会福祉施設における精神障害者処遇／ 養護老人、救護、母子生活支援施設



2006年9月27日（水）

「精神保健医療福祉の改革のビジョン」（2004年）では、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針が示されました。しかし、地域生活への移行のための支援や理解は十分とはいえ、その具体化には多くの課題があります。一方、社会福祉施設でも多くの精神障害の方が生活しています。本講座では、養護老人ホーム、救護施設、母子生活支援施設の現状をもとに、社会福祉施設における精神障害者処遇や機能のあり方、さらには地域生活を実現させていくための課題について考察を深めることを目的に開催しました。



山口保雄氏



守家敬子氏



兜森和夫氏



滝沢武久氏

講師 山口 保雄氏（養護老人ホーム愛友園 施設長）
守家 敬子氏（救護施設萬象園 施設長）
兜森 和夫氏（母子生活支援施設白百合ホーム 施設長）

司会 滝沢 武久氏（目白大学客員教授、精神保健・福祉モニター）

はじめに～

精神障害者を取り巻く状況

目白大学客員教授、精神保健・福祉モニター
滝沢武久氏

私は、精神障害の兄（故人）を持ち、ソーシャルワーカー、精神保健・福祉モニター、全国精神障害者家族会連合会の仕事、公設政策秘書など、40年近くにわたり精神科医療・福祉領域の仕事に携わってきました。日本では精神に病気や障害がある方たちが社会の一員として適切なサービスを受けておらず、それを改善したいという思いからでした。

さて近年、精神障害の方を取り巻く状況は変化しています。1995年には精神障害者保健福祉法が、2006年度には障害者自立支援法が施行されました。また、日本の精神病院には「社会的入院者」が7万2,000人いるとされており、2004年9月に発表された「精神保健医療福祉の改革のビジョン」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針が掲げられました。

そのような状況の中で、精神病院から退院して地域社会に移っていく方が非常に増えました。しかし、社会的自立ができない人などは退院後の行き場がなく、結果として養護老人ホーム、母子生活支援施設、救護施設などの福祉施設にも大勢入所するようになっています。

日本ではこれまで、精神の病気の方たちは障害者と見なされない時代が長く続き、生活福祉サービスは受けられませんでした。また、医療法の特例として、精神科病院では看護師や精神科医の配置が少なくても認められるという構造もありました。そして

結果的に大勢の社会的入院者を生み出してしまったわけです。そこで私たちは、医療と同時に生活支援も重要なのだと訴え続け、最近ようやくそうした社会的潮流が出てきたところです。

生活支援はもちろん、これからは地域社会との交流をもっと増やすべきだと思います。施設でのボランティア導入や、地域でのグループホーム作り、就労をめざした企業との連携などもその一つです。

また、2006年4月には障害者雇用促進法が改正され、精神障害者も法定雇用率の対象となりました。これを機に、就労の機会を広げる努力をしていく必要があります。

一方、地域作業所では工賃が非常に低いという問題があります。本人が望む収入を確保するには、われわれ福祉職は地域作業所で利用者の作業工程を管理するよりも、むしろ利用者と一緒に街に出て、就職先となる企業や派遣会社を探していくべきではないかと私は思います。

また、福祉職は、医師や精神科医の言葉にしたがうだけでなく、もう少し幅広い視野から利用者の社会生活を支援していくべきです。実は私の兄は、7回診断を受けて5つの病名を言い渡されました。それほど精神の病気の診断というのは難しく、診断のたびに医学に素人である私たち家族は翻弄されます。ですから福祉職は、病名や問題点よりも、本人が何をしたいか、精神の病気や障害のある人の自己実現に向けて私たちは何ができるかということを中心に考えて支援してほしいと思います。「精神の障害という診断を受けてはいても、われわれと同じ人間なんだ」「もし相手が自分の家族だったらどうするか」という視点で、接していくことが大切ではないでしょうか。

養護老人ホームの現状と課題～ 精神障害者の処遇（生活支援）

養護老人ホーム愛友園 施設長 山口 保雄氏

養護老人ホームをめぐる 最近の動き

愛友園は茨城県水戸市内にある、定員60名の養護老人ホームです（運営：社会福祉法人愛友園）。

養護老人ホームとはどういう施設かを、特別養護老人ホーム（特養）と比較しながら説明しますと、特養では利用者が施設と直接「契約」して入居するのに対し、養護老人ホームでは市町村が「措置」をして施設に入所を委託します。また、特養に入所するには経済的な理由は問われませんが、養護老人ホームの対象者は所得要件が生活保護者および非課税世帯の方などとされています。

職員配置は、特養では3対1（利用者3人に対して職員1人）ですが、養護老人ホームでは10対1で、さらに2006年度からは15対1となりました。

養護老人ホームではここ数年、利用者が多様化し、精神障害者や重度の病弱者が増えました。しかし、こうした変化に制度や基準が対応していないと、われわれ養護老人ホームは訴えてきました。そして、2006年4月によりよく老人福祉法の改正が行われ、措置制度に介護保険制度を併用できるようになりました（経過措置があり、実質的には10月からの運用）。

介護保険サービスを利用できるようになったとはいえ、それは外部のサービスを利用するとされているので、生活支援や処遇にすき間ができるのではな

いかと心配です。精神障害の方に対する支援も依然として厳しさが残ると思います。また、知的障害の方が高齢となった場合の受け皿がないため、養護老人ホームにおける知的障害者の数も増えています。けれども、職員配置が15対1になったため、対応はますます困難になったともいえます。

このほか、養護老人ホームに対する補助は市町村が判断することになり、われわれ養護老人ホームは市町村の理解をいかに得られるかが重要となります。しかし、近年は市町村担当者の異動が頻繁になり、高齢者福祉に理解ある担当者が少なくなっているのが現状です。

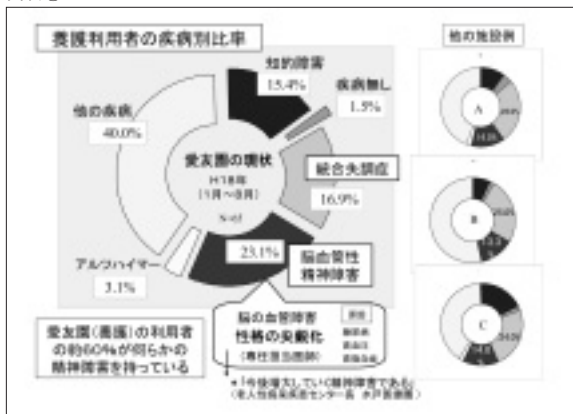
特別養護老人ホームと違って養護老人ホームの待機者は非常に少なく、現在、当施設の待機者はいません。介護保険施行以後はこのような状態が続く、今後はさらに定員割れの不安もあり、運営者としては重い課題です。

養護利用者の疾病比率

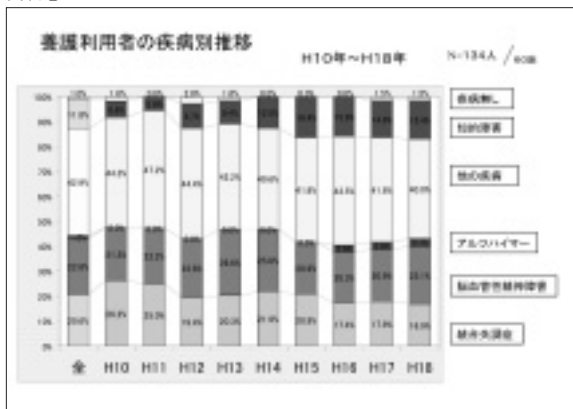
私たちの施設の入所者の約60%に、何らかの精神障害があります（資料①）。このうち、「脳血管性精神障害」（ここでいう「脳血管性精神障害」は、私たち現場が生活支援していく中で出てきた分類で、担当医師は「脳の血管障害による性格の先鋭化」と表現しています。）がもっとも多く23.1%、次いで「統合失調症」16.9%、「知的障害者」15.4%、「アルツハイマー」3.1%と続いています。「他の疾病」40.0%には、精神障害のない多発性脳梗塞や、認知症なども含んでいます。

精神的疾患の比率は、他の養護老人ホームの例（資料②）を見てもだいたい似たような傾向にあります。1998年から2006年までの間に統合失調症の方の比率が少し減り、一方でアルツハイマーを含め脳血管性精神障害の方や、知的障害の方も増えてきています。

資料①



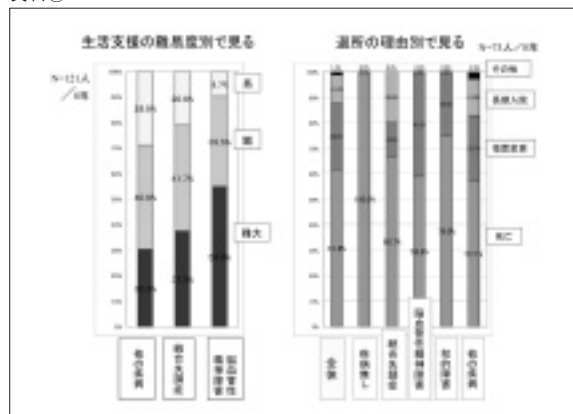
資料②



次に、生活支援の難易度（資料③・左）を見ますと、他の疾病に比べて脳血管性精神障害の方が比較的高くなっています。これは私たち施設の看護師や介護職員からの評価ですが、私自身も同様に感じています。統合失調症については、精神科医の経験や適切な薬による治療の結果、処遇の難易度が落ち着いてきているのかもしれませんが。一方で脳血管性精神障害は最近増えてきた症状のため、精神科医も判断に苦勞するところがあるようです。MRIで画像診断できる医師に相談したり、ご家族に普段の本人情報を聞いたりしながら、判断を合わせていくのがいいかとも思います。

施設退所時の理由（資料③・右）を見ますと、統合失調症の方は「死亡」が66.7%と多く、次が「病院への長期入院」で20%です。一方、脳血管性精神障害の方は、養護老人ホームで一生を終えられる方と、措置変更（特養へ移行）という2パターンに大きく分かれます。

資料③



支援内容と今後の課題

私たちの養護老人ホームは、特養のケアプランと同じように個別処遇計画を作っています。最低月1回は各専門職種が集まってカンファレンスを開き、利用者の生活目標や支援目標を作ります。

精神科の医師も毎月定期的に来園するので、私たちが立会い医師に日ごろのケアや入院の相談をし、必要ときにはご家族にも来ていただきます。

日常の生活支援においては、「人権尊重と安全管理」という施設の指針に基づきながら、利用者が行う施設内外の軽作業、「4S」活動（整理・整頓・清潔・清掃）、買い物、外食などをサポートします。

地域への参加も促進しています。「クリーンデー」という日を月1回設け、体が動く利用者には施設内外の掃除をお願いし、動けない方には施設の消耗品の準備や、洗濯物をたたむといった作業をしていたりしています。

また、当施設は梅で有名な偕楽園のすぐそばですので、偕楽園の公園サポーターとなり、利用者は、園内の巡視、ゴミ拾い、案内板の清掃などを張り切っています。

陶芸活動も40年位続いています。当施設の窯を地元の同好会や、中・高・大学生、老人クラブに開放しています。中には、陶芸に集中することで生活が安定しているという統合失調症の方も何人かいます。また、ボランティア等の協力を得て、美術展等に参加したり、地元大手百貨店で展示即売会を開催した

りもしています。

しかし、こうした活動も、新制度による職員の減少、費用の問題などで、だんだん続けるのが難しくなっています。

利用者の行動や食・嗜好などの規制を強めているところもあるようですが、私たちはできるだけ認めることを施設長方針としています。認めるべきかどうかの判断は、看護師と介護職員とで意見が分かれることが結構多くあります。判断基準を一致させるために事例ごとにチャートを設けたり、ときどき私も調整に入ったりしながら、方向性を合わせるように一緒に考えていきます。

新制度の下で養護老人ホームの運営には新たな問題もありますが、愛友園は、継続して運営していくことを第一に考えています。協力病院・専門医師との連携を重視する一方で、看護師も増員しようと考え、現在、募集中です。また、生活相談員の役割も大きくなっているので、増員や資格取得支援などによる職員育成もしていきたいと思っています。経験だけでなく知識や技術も身につけた人材を育てていくことも、利用者の生活・自立支援に大切だと考えているからです。

救護施設における精神障害者支援

救護施設萬象園 施設長 守家 敬子氏

救護施設と精神障害者のかかわりの歴史

萬象園は香川県丸亀市内にある定員110名の「救護施設」です（運営：社会福祉法人萬象園）。もともとは「緊急救護施設」として、1969年2月に創設されました。

「救護施設」とは、生活保護法に規定されている保護施設の中の一つです。身体や精神に障害があったり、何らかの生活上の問題のため、日常生活を営むことが困難な方が入所する施設ですが、障害種別による制限はありません。

その救護施設のうち、主に精神障害者を受け入れる施設として1955年以降から整備され始めたのが「緊急救護施設」です。精神病院に入院したものの病状が固定化し、行き場がなくなった方々の受け皿として作られました。

この緊急救護施設の役割を決定づけたともいえる通知があります。これは1965年11月の厚生省社会局施設課長通知で、「従来、精神上著しい欠陥があるため保護を必要とする者を中心に収容を行う施設として、緊急救護施設を運営したところ、これらの者の中には、社会生活に適応させるため積極的な生活指導を行う必要のある者が相当数存在することにかんがみ、1965年度から緊急救護施設の拡充を図ることとした」というものです。この通知により、各都道府県に必ず1カ所は緊急救護施設を設置することとなりました。

ちょうどこの前年の1964年には、精神障害とされ

る少年によるライシャワー米国大使刺傷事件が起き、警察庁から厚生省に対して精神衛生法改正の意見具申があったり、精神衛生法改正に関する中央精神衛生審議会の中間答申や、国会における精神衛生法改正に対する附帯決議もありました。そのような時代背景もあって、緊急救護施設は整備され始めたわけです。

その後、1973年5月に緊急救護施設は「一般救護施設」に吸収され、その名称もなくなったので、今は緊急救護施設という存在そのものがほとんど知られていません。しかし、こうした歴史的背景により、現在も救護施設には精神障害のある方が大勢入所しているわけです。全国救護施設協議会が2005年10月1日に行った実態調査では、全国182の救護施設の入所者総数は1万6,816人。そのうち単独の精神障害の方が4,987人。知的障害・身体障害を含めて重複の精神障害者といわれる方が3,681人。総数で合計8,668名、つまり全体の51.5%が何らかの精神障害がある方という現状です。

救護施設については、「ほかの福祉施設の整備が充実すれば、その役目を終えるだろう」とも言われてきましたが、現実としてはわずかながら増えています。全国の救護施設の数も、2005年10月1日の実態調査では182カ所でしたが、現在は183カ所と1カ所増えています。

精神障害がある方の入所は1983年ごろからどんどん増えていき、施設側もかなり混乱を来しました。そこで、全国救護施設協議会では精神障害者対策専門委員会というものを設け、精神障害の方に対する処遇のノウハウを勉強する会などを長年続けてきました。こうした活動を通じて、救護施設に精神科医の雇い上げ費が加算計上されたり、看護師の加算がされたりというように、少しずつですが、救護施設の中にも精神障害者支援に対する人的な配置が整えられつつあります。

救護施設における支援方法

私たちが精神障害の方を支援する際、特に意識していることは、次の3点です。

1点目は、安心して生活できる住まいの提供。もともと救護施設は生活扶助を行う施設なので、入所期限はありません。精神障害のある方は期限を気にせず安心して暮らし続けることができ、個々人のペースに合わせた支援が可能です。2点目が、信頼できる仲間がいるということ。そして3点目が、個々人に役割があるということです。それは「就労」「仕事」でもあるし、「自分が生活する場での役割」「生きがい」などでもあります。そうした役割をどう提供するかを常に考えながら支援しています。

精神障害の方は、「退院して地域での自立生活にチャレンジしたものの、また再発し入院する」ということを繰り返す方がとても大勢います。そうした方の最後の受け皿としての役割も救護施設にはあります。とはいっても利用者ができるだけ地域の中に戻れるよう、それぞれが持つ可能性やエンパワーメントに重きを置いて実践しています。

利用者の中には、高校生や大学生など若いときに



発病してからずっと精神病院に入院してきたため、本来だれもが経験することを経験していない方が大勢います。そこで萬象園では、「青春を取り戻す活動」をキーワードに、絵が得意な人は展覧会への出展、ピアノが上手な人は発表会で演奏することなどを提案しています。こうした活動は、利用者一人ひとりに「将来自分はどうかありたいか」などの希望・要望を丁寧に聞いて個別支援計画を作成し、それに沿って、職員と利用者本人との共同作業で希望の実現に向け取り組みます。

私たちは、たとえ些細な出来事でも本人にとっては次への大きなステップになり、やがては地域に戻るきっかけにもなると考えています。

個別支援計画の中には、施設に家庭の代替的な機能を求めるものや、毎日病状が安定するため服薬や通院の支援を求めるものもあります。さらに、生活全般の支援や、その先にある「社会や地域に戻るための就労の支援」なども見据えながら計画を作成しています。

就業について相談するハローワークでは、最近、生活保護受給者のために専門担当官を置くところもあり、障害のある方にも少しずつ相談しやすくなってきています。わずかですが当施設の利用者の中にも、職員と一緒にハローワークへ行き、希望の就業形態など伝えて仕事探しをする方がでてきます。

また、施設内で軽作業をし、次に一般事業所に訓練という形で就労するなどステップアップできる仕組みも設けています。ただ、施設では作業ができて、実際に一般事業所で働くとなると、たとえ訓練とはいえハードルが高い部分もあります。また、事業所が突然閉鎖になることもあります。それでも、働く希望のある方に対してはできるだけサポートをしていきたいと考えています。努力が実り、営業職や皿洗い、美容院の仕事に就いた人もいます。

ネットワークづくりと課題

萬象園の母体は社会福祉法人であり、精神病院ではありません。そのため、設立当初はさまざまな問題点もありましたが、今になって思うと、母体病院を持っていないからこそ、多くの医療機関とのネットワークをつくることができたともいえます。

丸亀市には医療機関はたくさんありますが、精神障害者を地域で支えるネットワークや社会資源はあまり構築されていないという問題があります。そこで現在、生活訓練施設や地域支援センター、保健所、病院、社協、市の保健福祉課、さらに萬象園も含め、

市内の各地でネットワークを作ろうと取り組んでいます。

救護施設の中で精神障害者数は右肩上がりが増えており、精神病院からの入所依頼も増えています。そうした中で、われわれのような緊急救護で発足した施設であればまだしも、そうではない一般救護で始まった施設では、精神障害の方に適切に対応しにくいのも現状です。全国どこの救護施設でも良いサービスができるように、サービスの質や職員自身の資質向上に努めていくことが欠かせません。また、なかなか知られていない救護施設という存在をもっと社会に認知させていくことも必要です。ですから、救護施設が長年にわたって積み重ねてきた実践やノウハウをきちんと世に提示し、次につなげていくことも、私たちに課せられた重要な課題だと感じています。

母子生活支援施設における精神障害者支援

母子生活支援施設白百合ホーム 施設長
兜森 和夫氏

母子生活支援施設の歴史

白百合ホームは、秋田県大館市にある定員20世帯の母子生活支援施設です（運営:社会福祉法人大館感恩講）。

母子生活支援施設は、児童福祉法に基づく施設であり、原則として18歳未満の子どもを育てている母子家庭を対象とし、母親と子どもが一緒に入所して支援を受けられる施設です。

もともと私たちの施設は、1951年に大館市公立の母子寮としてスタートしました。第二次大戦後まだ間もないとき、戦後処理対策として夫や家族と死別した母子のために作られたのです。当時の子どもたちが社会人となった1960年代半ばには、施設の利用者が半分以下になり、施設を閉鎖することが検討されていました。そのとき私たちの法人が運動して1966年に譲り受けたのです。

戦後の母子寮の利用者はほとんどが配偶者と死別した母子家庭でしたが、現在は生別の母子家庭が大多数になっています。1955年ごろの高度経済成長期に社会構造が変化すると、離婚などの理由で生別の母子家庭が増えるようになったのです。社会のまなざしは、戦争による死別の母子家庭には暖かかったのに、離婚などの生別の母子家庭に対しては冷たくなりました。

その後は、消費者金融で多大な負債を抱えたケース、そして現在はドメスティック・バイオレンス(DV)、児童虐待などが増え、こうした問題から母子を守っていくこともわれわれの使命となるなど、時代とともに変わってきています。

さて、児童福祉法では母子生活支援施設を「配偶者のない女子、またはこれに準ずる事情にある女子、およびその監護すべき児童を入所させる場所」としています。目的は、児童福祉法改正前は「保護」だ

けだったのですが、改正後は「自立の促進のためにその生活を支援する」という目的も追加されました。

そして、その生活支援の内容は4つ規定されています。1つ目は、個々の母子の家庭生活および稼働の状況に応じること。具体的には個別支援計画を作って対応します。2つ目が、就労、家庭生活および児童の養育に関する相談や助言などを行うこと。3つ目は、自立の促進。4つ目が、支援行為をする際には、個々の私生活や考えを尊重しなければいけないということです。

母子生活支援施設の職員配置の基準は、3つあります。まずは、児童福祉施設最低基準に基づく配置。2つ目が、厚生労働省の事務次官通知によるもの。3つ目が、予算措置により加算して職員を置くという方法です（資料④）。

私たちのホームの定員20世帯というのは標準規模ですが、確実に配置できる職員数は実はわずか6人です。仮に、何とか加算したり非常勤職員を置いたりしても、最大限で13名にしかありません。この13名で、365日24時間体制を組まなければならないのです。最近ではDV被害者の利用が6割、児童虐待による被虐待児の利用が0.5割という状況であり、虐待する側からの攻撃に対し安全を確保するという重い命題もあるので、ますます厳しい状況だといえます。

母子生活支援施設での精神障害者の実態

母子生活支援施設における精神障害者の実態は、全国の施設を対象として調査（隔年実施）されています。直近の調査結果（資料⑤）から見ると、精神障害の方のいる施設数は増えており、中でも民営の施設での受け入れが増えています。精神障害者保健福祉手帳を持っている方や、また、「手帳は持っていないが、施設職員側から見ると、手続きをすれば手帳を取得できる可能性はあるのではないかと思わ

れる方たち」も増えています。

精神障害の内訳などのデータはないのですが、私が見ている限りでは、心を病んでいる方やうつ、人格障害の方が多くようです。母親1人で子育ても仕事もしなければいけないという抑圧感、男性に比べ女性の社会的立場や収入はまだ低いという現実、そういったものが、心の病の原因になっているのだろうと思います。

母子生活支援施設は母子一緒・家族単位で受け入れ、支援していく場所ですから、精神障害の方に対する支援も、親子が安心・安全に生活できるようにすることを基本にしたいと考えています。症状によっては母子の一時的分離が必要なきもありますが、病気が治れば、また親子一緒に明るく暮らす方向にもっていきたいと思っています。

児童福祉法改正後は、施設入所中の支援だけでなく、退所後のアフターケアも求められるようになりました。アフターケアの方法はいろいろありますが、一番大切なのは退所する前に「地域で生活をして困ったことがあったら、いつでも来ていいんだよ」「退所しても縁は切れないんだよ」ということを、心を込めて本人に伝えることだと思います。

ところで、2001年度から、母子生活支援施設は措置制度から利用方式に変わりました。つまり入所の仕組みは、利用者と役所が契約をし、役所や福祉事務所に施設に委託するという形になったのです。入所期間は、福祉事務所の担当者との面接で決まります。利用者の抱えている課題解決に2年ぐらいかかりそうであれば、入所期間を2年間で決めます。しかし中には、6ヵ月もしくは1年しか入所させない県があると聞きます。課題が解決しないうちに「はい、契約満了です。出ていってください」と退所させることに強い疑問を覚えます。出された方は、今度はよその施設の門をたたき、そして、また同じ面接を繰り返すということが現実にあるのです。

心に寄り添うことで負の連鎖を断ち切る

児童福祉施設の利用者には、いろいろな負の人生を送ってきた方がいます。今まで親や周囲から自己の存在を否定されてきた人が、子どもを虐待することもあります。そうした負の連鎖を子どもに伝えないようどこかで断ち切り、子どもたちが育ち、大人となったとき明るい人生を送れるようにしなければなりません。

私たち施設では、一人ひとりの母親あるいは子どもに、担当の母子指導員か少年指導員をつけます。その担当者はあくまでも利用者寄り添い、受けとめ、共感する職であり、基本的に非難や批判はしません。その上で母親が子どもを虐待する場合には「お母さん、その気持ちは分かるけど、やってはいけない」と説得します。母親も、担当者が普段から自分を受けとめてくれるからこそ、その言葉を聞き入れられるのです。まず母親に対し「あなたには生きる価値や愛される権利がある。私は大切に思っている」と発信して力づけ、人とのつながりを実感できるようにさせることが、負の連鎖を断ち切るのに大切なのだと思います。

一方、職員にとって一番つらいのは、利用者、特に人格障害の方から攻撃的言動を受けるときです。本当の攻撃対象は私たち職員ではなく実の親や社会なのですが、職員相手のほうがぶつけやすいという部分もあるでしょう。ぶつけることで利用者の心にたまったものが出て、過去の傷も癒されるということもあります。しかし、職員自体はそうした攻撃をまともに受けていると、まいってしまいます。臨床心理士や精神科医とも連携してスーパービジョンを受けたり、利用者の攻撃のメカニズムを知っていくことが必要です。

当施設では、2年前から臨床心理士に月1度来ていただいて、職員の心のケアを行っています。また、携帯電話の番号を利用者に教えると24時間の対応を迫られ、職員がまいってしまうので、「携帯電話の番号は教えず、仕事は勤務時間の範囲内でしょう」と職員に言っています。つまり、仕事のステージを施設現場と限定することによって、職員と利用者がその枠内でかかわっていくための対応です。

人のケアをするのは機械ではなく人です。そしてケアをする人は、仕事への意識もサービスの質も高くなければいけません。心の拠り所を求める母親と子どもたちに明るい生活や将来を与えられるよう、人材の確保はもちろん、職員が資質や専門性を高められる環境作りにも、われわれはもっと取り組んでいかなければいけないと考えます。



資料④

職種	常勤・非常勤	配置要件および人数
施設長	常勤	1人
母子指導員	常勤	定員20世帯未満の場合は1人。定員20世帯以上の場合は2人
少年指導員兼事務員	常勤	定員20世帯未満の場合は1人。定員20世帯以上の場合は2人
保育士	常勤	保育所に準ずる設備のある場合に限り、その児童50人につき1人（ただし、1母子生活支援施設につき最低1人はおくことができる）
調理員等	常勤	1人
被虐待児等個別対応職員	非常勤	加算児童指導員及び保育士が交付要綱の職種別職員定数表に掲げられている定数を満たし、それ以外に被虐待児等特に個別の対応が必要とされる児童への個別面接、生活場での1対1の対応、保護者への援助、里親への紹介、他の児童指導員等への助言指導等を行う職員がおかれている場合に限り、1人
心理療法担当職員	常・非常勤併用	平成13年8月2日雇発第508号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知「母子生活支援施設における夫等からの暴力を受けた母子及び被虐待児等に対する適切な処遇体制の確保について」に該当し、かつ当省の承認を得た場合に限り、1人
特別生活指導費加算職員	非常勤	特に処遇困難なものが4人以上入所している場合であって、母子指導員及び少年指導員兼事務員が交付要綱の職種別定数表に掲げられている定数を満たし、かつ、それ以外に母子指導員がおかれている場合に限り、1人
就労等自立支援職員	非常勤	1人
保育機能強化加算による保育士	常勤	平成15年10月22日雇発第1022003号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知「母子生活支援施設における保育機能強化事業の実施について」に該当し、かつ、当省の承認を得た場合に限り、1人
夜間警備体制強化加算による職員	非常勤	平成13年8月2日雇発第509号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知「母子生活支援施設における夜間警備体制の強化について」に該当し、かつ、当省の承認を得た場合に限り、1人

資料⑤

	14年度		16年度	
	施設数	人数	施設数	人数
公営	4 (16.0%)	5 (15.2%)	5 (13.5%)	6 (12.2%)
民営	21 (84.0%)	28 (84.8%)	32 (86.5%)	43 (87.8%)
合計	25 (100%)	33 (100%)	37 (100%)	49 (100%)
合計	25 (9.9%)	33 (0.85%)	37 (14.3%)	49 (1.19%)
母数	248 (100%)	3,874 (100%)	258 (100%)	4,131 (100%)
回収率	87.3%		90.5%	

	14年度		16年度	
	施設数	人数	施設数	人数
公営	—	23 (10.5%)	—	40 (12.7%)
民営	—	196 (89.5%)	—	274 (87.3%)
合計	69	219 (100%)	96	314 (100%)
合計	69 (27.8%)	219 (5.65%)	96 (37.2%)	314 (7.60%)
母数	248 (100%)	3,874 (100%)	258 (100%)	4,131 (100%)
回収率	87.3%		90.5%	

① 「取得の可能性あり（グレーゾーン）」も含んだ受け入れ
精神障害者数の増加
② 受け入れ施設数の増加
③ 経営形態による精神障害者受け入れの差異

資料⑥

	専門機関の治療を受けている	施設配置の心理療法担当者の心理療法等を受けている
14年度	290	195
16年度	451	485

注：心理的支援は、精神障害者のみを対象としたものではない。