

2022年度 博士論文

指導（主査）教授 福島 喜代子 教授
副査教授 金子 和夫 教授

精神保健福祉領域における県型保健所から市町村に行う
技術支援に関する研究

Technical Support in Fields of Mental Health and Social Services:
Prefectural Public Health Centers Assisting Local Municipalities

ルーテル学院大学大学院総合人間学研究科
社会福祉学専攻博士後期課程
学籍番号 18GS-D02
氏名 岡田 隆志

精神保健福祉領域における県型保健所から市町村に行う技術支援 に関する研究

Technical Support in Fields of Mental Health and Social Services:
Prefectural Public Health Centers Assisting Local Municipalities

目 次

序章	研究の背景と目的	1
第1節	研究の背景	1
第1項	精神疾患及びメンタルヘルスの課題を抱える人々の増加	
第2項	精神保健福祉領域における新たな政策理念の登場	
第3項	県型保健所に求められる市町村への技術支援	
第2節	研究目的	6
第3節	研究方法	7
第4節	論文の構成	8
第5節	使用する用語の定義	10
第1章	県型保健所が市町村に行う技術支援	13
第1節	県型保健所及び市町村の精神保健福祉業務	13
第1項	県型保健所の精神保健福祉業務	
第2項	市町村の精神保健福祉業務	
第2節	技術支援に関する先行研究	26
第1項	法令等の規定と実践の経緯	
第2項	県型保健所の精神保健福祉業務に関する調査	
第3項	技術支援に影響を与える要因に関する先行研究	
第4項	社会福祉領域でのコンサルテーション	
第5項	地域保健領域での技術支援	
第6項	県型保健所が市町村に行う技術支援の操作的定義と研究枠組み	

第3節	研究課題の設定	48
第4節	小括	50
第2章	保健所の役割と業務に関する施策の変遷	52
第1節	市町村による精神障害者福祉業務移行期（第1期）	54
第2節	保健所と市町村による精神保健福祉業務実施期（第2期）	59
第3節	精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築期（第3期）	64
第4節	小括	68
第3章	県型保健所の専門職配置状況に関する調査	70
第1節	調査目的	70
第2節	調査方法	71
	第1項 分析対象としたデータ	
	第2項 調査仮説	
	第3項 分析方法	
	第4項 倫理的配慮	
第3節	調査結果	75
	第1項 1保健所あたりの平均職員配置数	
	第2項 都道府県ごとの専門職の配置状況	
	第3項 タイプごとの配置体制と業務実施状況との関連	
第4節	小括	83
第4章	県型保健所の専門職が市町村に行う技術支援の意識と実践に関する調査	84
第1節	調査目的と調査方法	84
	第1項 調査目的	

第2項	調査方法	
第2節	質的調査の実施	87
第1項	精神保健福祉士を対象にしたインタビュー調査	
第2項	保健師を対象にしたインタビュー調査	
第3項	一覧の確定と質問項目の設定	
第3節	量的調査の実施	94
第1項	調査の対象	
第2項	データの収集方法	
第3項	質問紙で補足説明した用語	
第4項	設問の内容	
第5項	有効回答数	
第6項	分析の工程と方法	
第4節	倫理的配慮	101
第5節	分析結果	102
第1項	有効回答者の基本属性	
第2項	技術支援の意識構造	
第3項	技術支援の実施における課題	
第4項	技術支援の意識構造に影響を与える要因	
第5項	事例における技術支援の活用度合い	
第6項	技術支援の活用度合いに影響を与える要因	
第6節	小括	143
第5章	総合考察	145
第1節	県型保健所を取り巻く環境	146
第1項	政策の影響により県型保健所が抱える課題	
第2項	専従職員数の実態	
第3項	専門職配置状況の実態	
第2節	県型保健所が市町村に行う技術支援の意識構造	152
第1項	信頼性と妥当性	

第2項	技術支援の意識構造	
第3項	技術支援の意識構造を表す指標	
第3節	技術支援に影響を与える要因	164
第1項	技術支援の意識度合いに影響を与える要因	
第2項	技術支援の実践での活用度合いに影響を与える影響	
第4節	研究目的に対して得られた知見	171
第5節	ソーシャルワーク実践への示唆	173
第1項	援助技術レベル	
第2項	組織レベル	
第3項	政策レベル	
終章	本研究のまとめ	183
第1節	本研究の概要	183
第2節	本研究の意義	189
第3節	研究の限界と今後の課題	191
謝辞		194
文献一覧		197
巻末資料		

序章 研究の背景と目的

第1節 研究の背景

第1項 精神疾患及びメンタルヘルスの課題を抱える人々の増加

精神疾患患者は2002(平成14)年患者調査の推計値では258.4万人であったが、2017(平成29)年調査では419.3万人に達し、15年間でおよそ160万人増加している。また、精神疾患の有無にかかわらず、住民が抱える生活課題は複雑かつ多様化し(厚生労働省2020)、自殺やひきこもり、虐待といった、国民の精神保健に関する課題は深刻さを増している(厚生労働省2019)。

わが国の精神保健福祉政策は、精神障害者等が住み慣れた地域でその人らしい生活を営めるように、2004(平成16)年に「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念を掲げ、身近できめ細かなサービスが提供できる体制の確立を目指してきた(厚生労働省精神保健福祉対策本部2004)。しかし、日本では、精神疾患や精神障害に対する誤解や偏見、差別が根強く残っており(松本2017)、精神障害者等が地域で安心して生活を継続するために必要な住民の理解を得ることは、依然として困難な状況が続いている(Ando.S et al 2013)。国が「入院医療中心であった我が国の精神障害者施策の結果であり、行政、精神保健医療福祉の専門職等の関係者は、その反省に立つべきである」(厚生労働省2009)として取り組むべき優先課題に掲げた、精神科病院に長期に在院する精神障害者の地域移行の問題もいまだ解消されていない(萩原2019:150)。地域で暮らしていたとしても、十分な支援体制が整わないことによって、非自発的な入院を繰り返すなど切迫した状況に直面する精神障害者等は後を絶たない(山内ら2019)。

第2項 精神保健福祉領域における新たな政策理念の登場

このような社会情勢を受けて、2017(平成29)年に厚生労働省は、精神障害者等

の地域生活における支援体制を総合的に強化していくことを目的に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（以下、「精神包括ケアシステム」という。）」を理念に掲げた（厚生労働省 2017a）。この政策理念は、精神保健福祉に関連する行政計画に盛り込まれ、都道府県や市町村が取り組むべき優先事項となった。精神保健医療に関しては、第 7 次医療計画に示され、入院患者数等に応じたサービスの基盤整備量の目標を明確に設定することになった。精神障害者福祉に関しては、第 5 期障害福祉計画において、長期入院患者数の減少とそれに必要な地域生活支援サービスの充実が成果目標として定められた。

国が構想する精神包括ケアシステムの概要について、木太(2017)は次のとおり整理している。目的は、精神障害者等が地域の一員として、安心して自分らしい暮らしをすることができることであり、対象とする領域には医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育などが含まれている。厚生労働省(2021)は、基礎自治体である市町村を基盤として体制整備を進め、市町村ごとの取組みにばらつきが生じることのないよう、都道府県が設置する保健所（以下、「県型保健所」という。）と都道府県による重層的な連携による支援体制を構築することを政策方針とした。都道府県及び県型保健所には、単一市町村では解決が困難な広域的な課題を協議し、解決していくことに加え、市町村の取組みに対し具体的な支援を行うことなどが求められている（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 2017；日本能率協会総合研究所 2020）。

第 3 項 県型保健所に求められる市町村への技術支援

県型保健所の精神保健福祉業務については、保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領（以下、「保健所等業務運営要領」という。）に、その具体的な内容が示されている（厚生労働省 2014a）。県型保健所の業務の一つには「市町村への協力及び連携」が設けられ、所管する市町村が地域の精神障害者に対する支援施策を円滑に実施できるよう「市町村への情報提供、技術的協力、支援を行

うこと」が規定されている。本研究ではこのことを、「県型保健所が市町村に行う技術支援」と称する（後述の本章第5節「用語の定義・説明」参照）。

精神包括ケアシステムについて、江間(2020)は「新たな地域精神保健医療体制のあり方の一つ」と述べ、従来の精神障害者への地域生活支援施策の延長と指摘している。自治体による重層的な支援体制づくりの構想は、2004(平成16)年に示された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で、すでに提唱されていた。それ以降、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「精神保健福祉法」という。)等の改正のたびに、精神保健福祉業務は都道府県から身近な市町村へと支援の主体が移り、かつ拡がりを見せてきた。市町村によって精神障害者に必要なサービスが不足するなど、地域における支援の格差が指摘されており(駒井 2012)、県型保健所には市町村の機能を補完することが求められてきた。今日においても、県型保健所による技術支援は市町村から期待されており(桑原 2015 ; 藤井 2021)、精神包括ケアシステムの構築の推進のためには、今後も重要になると考えられる。

一方、国は県型保健所による技術支援の内容を詳細に示してこなかったため、ガイドライン等がこれまでに策定されたことはない。2019(令和元)年に公表された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのための手引き」によれば、重層的な支援体制の構築には、「保健所のリーダーシップの発揮が大変重要」と、保健所に期待が寄せられている(日本能率協会総合研究所 2020)。しかし、県型保健所が市町村を技術支援するための方法は示されていない。これまで技術支援の方法は、精神保健福祉相談員等による実践知の蓄積により培われてきたが、その詳細な内容に焦点を当てた先行研究は、一部の県の保健師が行った調査(中土・北山 2013 ; 全国保健師長会大分県支部 2020)のみと数少ない。

県型保健所の業務を始めとする地域保健対策は、1997(平成9)年に地域保健法が施行されて以降、大きな変容を遂げている。地域保健サービスの実施主体は、都道府県から住民に身近な市町村へと移譲されるようになり、県型保健所の役割には管内市町村の相談支援体制を強化させていくことが加えられた(厚生省

1994)。その県型保健所は組織再編や統廃合が進み、設置数は年々削減されている（図 序-1）。その数は最も多かった 1991(平成 3)年の 636 か所と比べ、44.2%減少して 355 か所（2020 年 4 月 1 日時点）となっている。

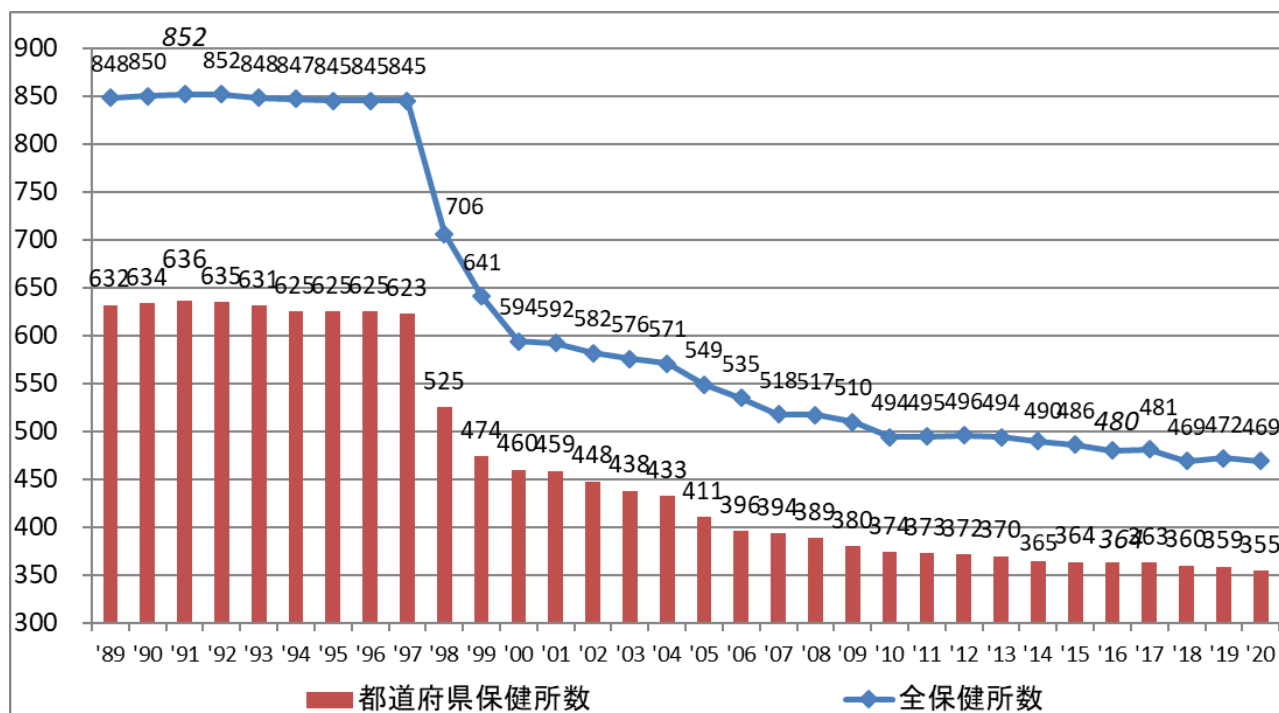


図 序-1 全国保健所数及び都道府県保健所数の推移

（全国保健所長会ホームページをもとに筆者作成）

県型保健所が市町村に行う技術支援の件数も減少傾向にある。地域保健・健康増進事業報告（以下、「地域保健報告」という。）において、「市町村援助」として計上されている件数の推移をまとめた（図 序-2）。「市町村援助」件数を対象領域別にみると、2002(平成 14)年度に精神保健福祉領域が 14,021 件となり、母子保健・健康増進・介護予防・歯科保健など 8 つに分けられた領域のなかで最も多く行われるようになった。2019(令和元)年度においても、精神保健福祉領域が依然 8 つの領域のなかで最も件数は多い。しかしながら、保健所設置数の削減と比例するように、県型保健所が行う技術支援の実施件数は全体として徐々に減少してきている。

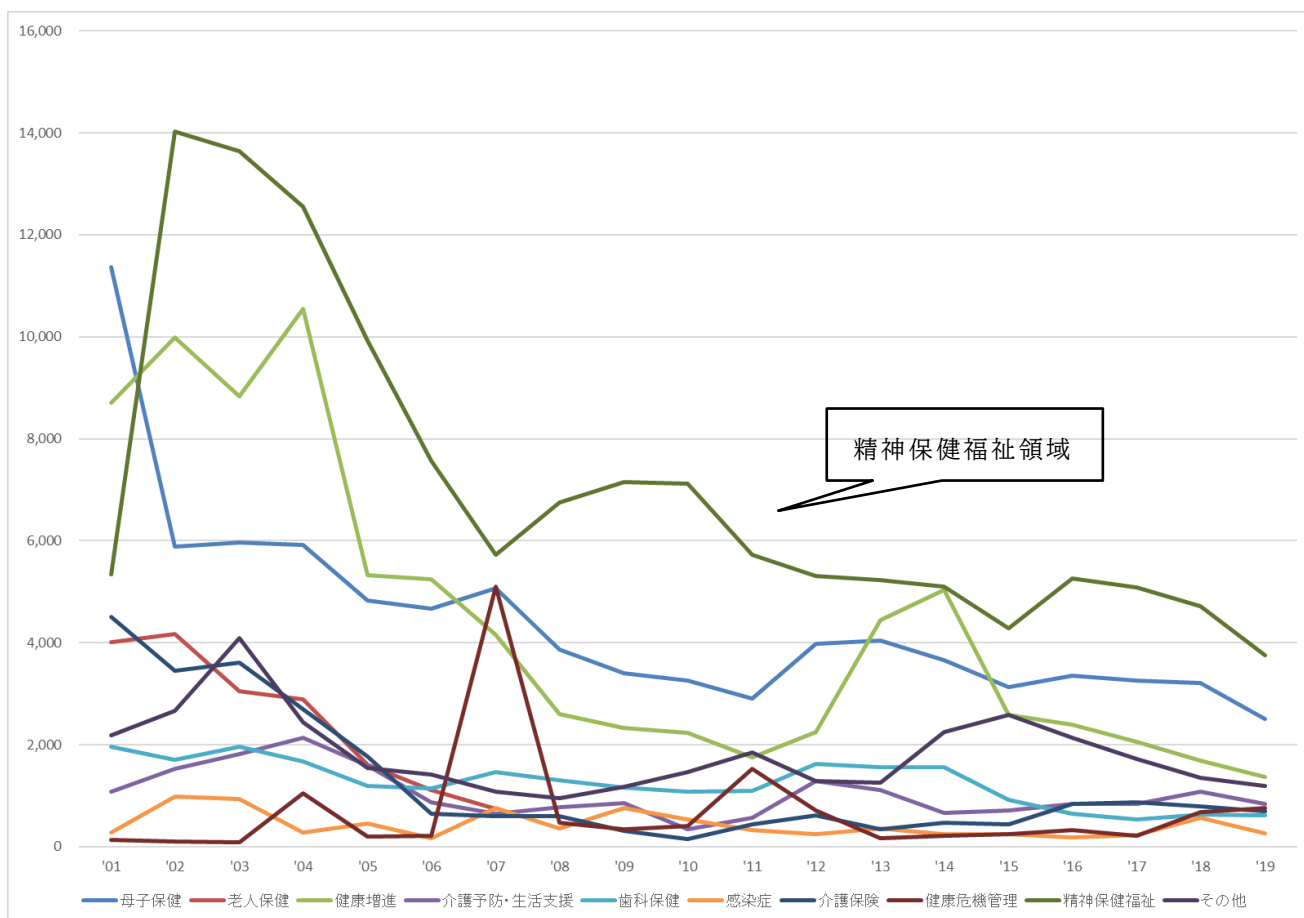


図 序-2 県型保健所の「市町村援助」件数（領域別）の推移
 （厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」をもとに筆者作成）

第2節 研究目的

精神包括ケアシステムの構築に向けて市町村が着実に取組みを進めていくためには、県型保健所が市町村に対して技術支援をしていくことが重要である。しかし、これまでに県型保健所による技術支援については、実証的な調査研究がなされず、具体性のある実践方法は明示されていない。

県型保健所による技術支援によって市町村の機能を高めることができれば、精神障害者等が暮らしに役立つ支援をさらに受けやすくなることが期待できる。それには、技術支援が全国どこでも一定の水準で提供されるようになることが重要であると考えられる。

技術支援の提供にあたっては、援助技法の習得といった個人レベルの課題だけを対象とするのでは不十分であり、県型保健所の運営体制や法制度上の課題など、組織レベル・政策レベルの問題も含めて検討する必要があるのではないだろうか。

これらの問題意識に基づき、本研究では、県型保健所が市町村に行う技術支援の実践内容を明らかにし、効果的に技術支援を行うための方法と提供体制のあり方を提起することを目的とする。そのうえで、精神障害者等のより良い暮らしの実現を目指す精神包括ケアシステムの実現に向けた、県型保健所に関連するソーシャルワーク実践への示唆を得ることとする。

なお、本研究が着目する範囲は、県型保健所と県型保健所の所管区域に含まれる市町村における体制構築に限定する。そのため、保健所を設置している指定都市、中核市、その他の政令で定める市又は特別区は含めない。

第3節 研究方法

本研究の目的を達成するために、先行研究等による知見と到達点を踏まえた3つの研究課題を設定する。それらの検討課題を具体的に検証していくため、次のとおり調査等を実施する。

研究課題1は、県型保健所が市町村に技術支援を行うにあたっての政策レベルの課題とし、精神保健福祉領域において県型保健所が担ってきた役割や業務の変遷を整理する。調査方法は、精神保健福祉法を主とする法令、関連する国レベルの審議会や検討会等の議事録や資料を詳細に確認し、特に市町村との役割等の変化と照らし合わせながら県型保健所の位置づけの変動過程を示す。

研究課題2は、県型保健所が市町村に技術支援を行うにあたっての組織レベルの課題とし、県型保健所における精神保健福祉業務の従事状況を都道府県ごとに明らかにする。調査方法は、県型保健所を対象に行われた調査の公開データや個票データを利用した二次分析とする。

研究課題3は、県型保健所が市町村に技術支援を行うにあたっての援助技術レベルの課題とし、専門職が行う支援内容を具体的に明らかにする。調査方法は、精神保健福祉士と保健師を対象としたインタビュー調査（質的調査）と全国の県型保健所で精神保健福祉業務に従事する専門職を対象とした質問紙調査（量的調査）を組み合わせたミックス法を採用し、複数の分析手法を用いて統計解析を行う。

第4節 論文の構成

本研究は序章、終章のほかに全5章で構成される(図 序-3)。

第1章では、県型保健所及び市町村の精神保健福祉業務の概要を論じたうえで、技術支援における法令等の規定と実践の経緯を整理する。技術支援は実証的な調査研究が十分に行われていないため、ソーシャルワーク実践の技法の一つであるコンサルテーションと、国外で取り入れられているテクニカル・アシスタンスの概念整理をもとに、本研究における「県型保健所から市町村に行う技術支援」の操作的定義と研究枠組みを示す。それらに基づき、本研究における研究課題を提示する。

第2章では、検討課題1の検証を行う。精神保健福祉法が成立した1995年から2021年3月までを3期に区分し、保健所と市町村の役割と業務に着目して精神保健福祉政策の動向を整理する。そのうえで、県型保健所における市町村への技術支援に関連した政策課題を提示する。

第3章では、検討課題2の検証を行う。県型保健所の精神保健福祉業務を担う専従職員の配置状況は、都道府県ごとに異なっている。そこで、都道府県ごとの県型保健所における平均職員配置数をもとにして専門職配置の類型化を行う。そのうえで、類型ごとの精神保健福祉業務の実施状況の違いを明らかにするための調査を行う。その結果について提示する。

第4章では、検討課題3の検証を行う。県型保健所の専門職が市町村に行う技術支援の内容や実践時の意識の構造を、現場で技術支援に取り組んでいる専門職の実践知から明らかにする。また、その意識構造に影響を与える要因の把握も併せて行う。そのうえで、実際の支援事例をもとに技術支援がより活用されるための要因を解析する。その結果について提示する。

第5章では、それぞれの調査等によって明らかになった結果をもとに、本研究で設けた3点の研究課題に対する考察を行う。そのうえで、本研究の目的である

技術支援の具体的な実践内容や、効果的に実施するために必要な環境整備を進めるための方策について得られた知見を述べる。さらに、本研究全体を踏まえてのソーシャルワーク実践への示唆について多角的な視点から提示する。

終章では、本研究の概要を示したうえで、本研究の意義について論じる。最後に、本研究における限界と今後の課題について触れる。

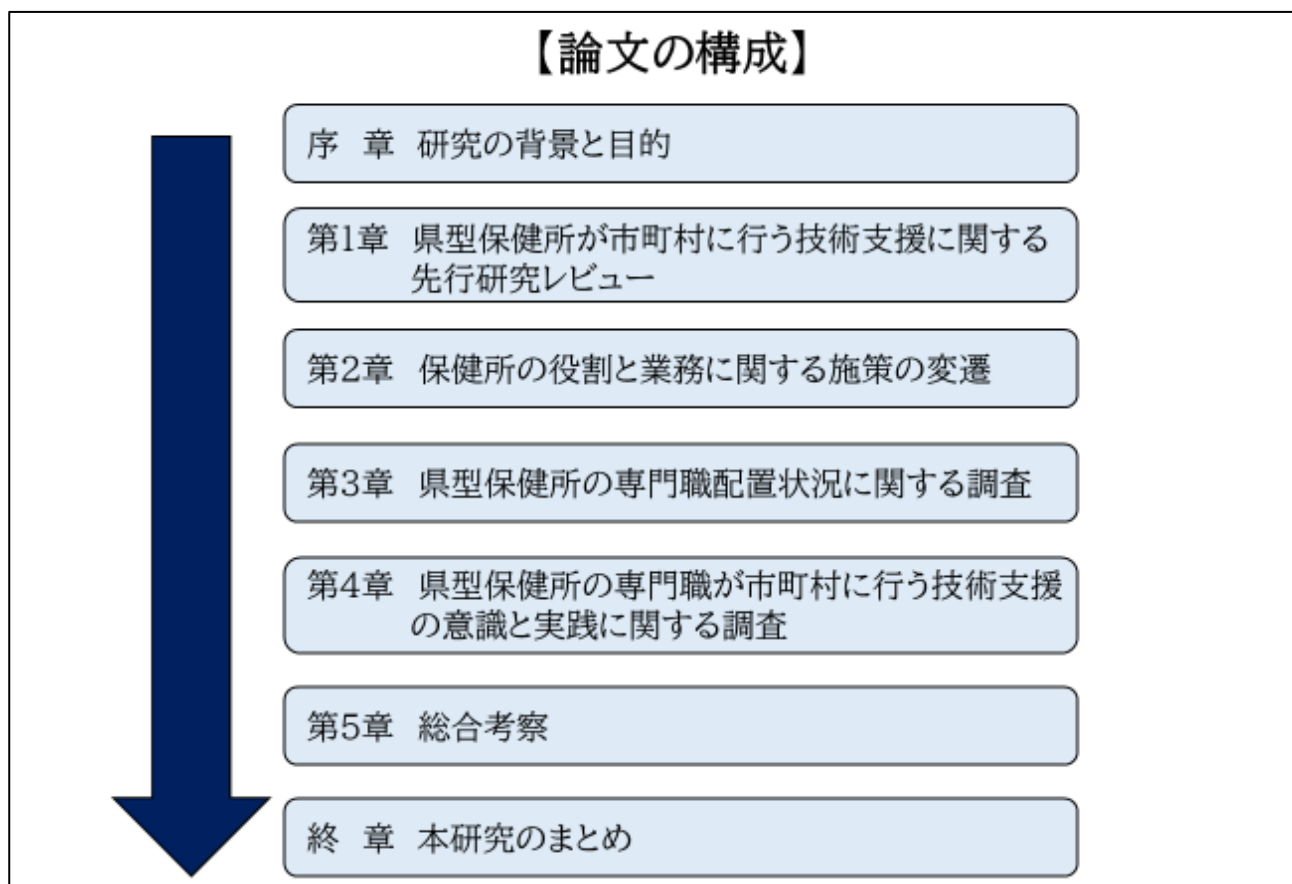


図 序-3 本研究の構成

第5節 使用する用語の定義と説明

1) 県型保健所

保健所は地域保健法第5条に規定されており、設置主体は都道府県、指定都市、中核市、その他の政令で定める市又は特別区である。本研究における県型保健所とは、そのうちの都道府県が設置する保健所をいう。

2) 県型保健所の技術支援の対象となる市町村

本研究における県型保健所の技術支援の対象となる市町村は、保健所を設置していない市町村に限定する。そのため、指定都市、中核市、その他の政令で定める市又は特別区は対象外とする。

3) 精神保健福祉業務・精神保健福祉施策

最新改正（2014年改正）の保健所等業務運営要領（厚生労働省2014a）において、精神保健福祉業務とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する業務を総称する名称として用いられている。そこで、本稿では、保健所や市町村が行う精神保健福祉領域に関する業務には「精神保健福祉業務」という呼称を使用する。国の通知等では「精神保健医療福祉業務」と、「医療」を含めた名称が使用されることもあり、引用する場合はその表記のままで扱う。

また、精神保健福祉法の目的は、①精神障害者の医療及び保護を行うこと、②精神障害者の社会復帰及びその自立と社会経済活動への参加の促進のための援助を行うこと、③精神障害の発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めること、の三つとされている（精神保健福祉研究会2016:58）。そこで、精神保健福祉業務のなかでも、特に①を目的とした業務を対象とする場合は、「精神医療業務」、②の場合は、「精神障害者福祉業務」、③の場合は、「精神保健業務」と、用語を使い分ける。併せて、精神保健及び精神障害者福祉に関する施策の総称は

「精神保健福祉施策」を使用する。精神保健福祉業務と同様、国の通知等では「精神保健医療福祉政策」と「医療」含めた名称が使用されている。そのため、引用する場合はその表記のままで扱う。

なお、精神保健福祉に関連する用語は、法律の改正過程のなかで、その名称が変化してきた（例：精神衛生法では精神衛生業務、精神保健法では精神保健業務、精神保健福祉法では精神保健福祉業務）。本稿では、引用する場合は当時の名称をそのまま用いるが、そうではない場合は「精神保健福祉」に統一して論じることとする。

4) 県型保健所が市町村に行う技術支援

技術支援は法令等に規定された用語ではない。県型保健所が市町村に行う「技術的協力、支援」を言い表す用語として使用する。

広辞苑第7版(2018:1245)では、「支援」とは「ささえ助けること」を意味する。支援を研究テーマとする学際的研究グループの支援基礎論研究会（2000:11）は、「支援とは、何らかの意図を持った他者の行為に対する働きかけであり、その意図を理解しつつ、その行為の質を維持・改善する一連のアクションのことをいい、最終的に他者のエンパワーメントをはかること」としている。このことから、「情報提供、技術的協力、支援」を、「技術的な面で力を貸して助けること」と包括して捉えても大きな齟齬を生じないと判断し、この名称とした。

県型保健所が市町村に行う技術支援の操作的定義は、第2章で詳述するが、本研究では、

「市町村の精神保健福祉業務の業務改善と課題解決の推進、及び市町村の機能向上を図るための技術的な協力・支援」とした。

なお、厚生労働省は、地域保健報告において、県型保健所が市町村に行う援助件数を計上する際、「市町村援助」と項目化している。そこで、技術支援の業務件数には、「市町村援助」の件数を用いる。

5) 精神保健福祉相談員

精神保健福祉相談員とは、精神保健福祉法第 48 条に規定された自治体に配置することができる精神保健福祉業務の専従職員のことである。1965（昭和 40）年精神衛生法改正の第 42 条「精神衛生に関する業務に従事する職員」によって初めて創設された。現行法に規定されている役割は、精神保健及び精神障害者福祉に関する相談に応じることと、精神障害者及びその家族等を訪問して必要な指導を行うことである。都道府県知事又は市町村長が任命し配置できることになっていて、その任用資格の法律上の例示は精神保健福祉士とされている。

第 1 章 県型保健所が市町村に行う技術支援

第 1 節 県型保健所及び市町村の精神保健福祉業務

第 1 項 県型保健所の精神保健福祉業務

保健所は、1937（昭和 12）年の保健所法制定により整備が開始された。1947（昭和 22）年の保健所法改正によって、保健所は保健指導業務・予防対策と管内地域の保健衛生に関する行政事務を合わせて実施する公衆衛生の第一線機関に位置づけられた（厚生労働省 2008a）。1994（平成 6）年に保健所法が地域保健法に改称され、保健所は同法第 5 条に基づき、地域保健対策の広域的・専門的・技術的推進のための拠点として位置づけられることとなった。

1） 設置主体と設置数

保健所の設置主体は、都道府県、指定都市、中核市、保健所政令市、特別区である。保健所の設置数は、1991（平成 3）年に最大 852 か所まで増え、そのうち県型保健所は 636 か所あった。その後、基礎自治体の行財政基盤を確立することを目的とした市町村合併策が推進され、保健所を設置する政令指定都市や中核市が増加した。一方で、県型保健所の設置数は減少の一途をたどり、2020（令和 2）年では、保健所の総数は 469 か所（1991 年の 44.9%減）となり、そのうち、県型保健所は 355 か所（1991 年の 44.2%減）となっている（図 序-1 参照）。

県型保健所の所管区域は、設置数の削減によって拡大している。宇田（2018）によれば、全国の県型保健所と市町村が設置する保健所では、所管する区域の人口比率は概ね 1：1 だが、面積比率で見るとその割合は概ね 9：1 となっている。

2） 業務内容

保健所等業務運営要領では、保健所は「地域精神保健福祉の中心的な行政機関」と位置づけられ、表 1-1 に示した業務を行うこととされている。

表 1-1 保健所の精神保健福祉業務

No	業務名	主な内容
1	企画調整	現状把握及び情報提供、保健医療福祉に係る計画の策定・実施評価の推進
2	普及啓発	心の健康づくり・精神障害に関する知識の普及啓発、家族や障害者本人への教室等
3	研修	市町村、関係機関、施設、団体等の職員やボランティア等に対する研修
4	組織育成	患者会、家族会等の自助グループや団体への助言や援助などの育成支援
5	相談	所内外の面接相談・電話相談、各種サービスの円滑な利用
6	訪問指導	医療の継続又は受診の援助や勧奨等
7	社会復帰及び自立と社会参加への支援	各種社会資源の整備促進及び運営支援
8	入院及び通院医療関係事務	入院に関する事務、移送手続きの参画、精神科病院への指導監督等
9	ケース記録の保持及び記録の保持等	相談指導等の記録の整理保管等
10	市町村への協力及び連携	市町村が事務を円滑にできるような技術的な協力・支援等

(厚生労働省「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」をもとに筆者作成)

3) 精神保健福祉業務を担う専門職

県型保健所は、精神保健福祉業務の実施にあたり精神保健福祉法第 48 条に規定される精神保健福祉相談員を配置することができる。精神保健福祉相談員の役割について、全国精神保健相談員会(1995:22-26)は「その本人・家族による個人的努力によっては解決でき」ず、「社会全体の組織的な努力によらなければ解決ができない課題とされる地域の精神保健ニーズについて、公的責任をもって解決していくこと」としている。公的責任とは、自治体職員として有しているものであり、田尾(2015:20)は自治体職員の特徴について「裁量や自律を保障しながら、他方ではむしろ厳しく制約するという相矛盾する」立場をとり、「公共性を保ちながらも、裁量の範囲内で柔軟に支援やサービス調整を行う」と述べている。それに加え、精神保健福祉相談員は、可能な限り生活圏域内での治療や援助を提供する地域責任性(田中 1996:34-35)を重んじながらも、「権利擁護と社会防衛の二面性という存在拘束性」(田中 2012:253-255)を保ちながら支援を行う専門職である。そのため、「社会防衛の一端を担わざるをえないシステムのなか

にあってもなお、生活の視点と精神障害者の権利を擁護する立場を堅持する姿勢」(大谷 2012:8) が培われてきた。

精神保健福祉相談員の任用資格は、法律上の例示では精神保健福祉士とされている。例えば和歌山県では、精神保健福祉士が精神保健福祉相談員の任命を受けて県型保健所や精神保健福祉センター等に配置されている(和歌山県 2021)。また、京都府でも任命を受けた社会福祉専門職が全ての県型保健所に配属されている(家原 2015:77)。精神保健福祉士がもつ専門的な視点は、日本精神保健福祉士協会が作成した「精神保健福祉士業務指針及び業務分類(第3版)」で表1-2のとおり整理されている。

ただし、精神保健福祉相談員の対象には精神保健福祉士だけではなく、医師や専門の講習会を修了した保健師なども含まれている。保健師も精神保健福祉士と同様、地域生活の継続を図る視点が重視されており、経験年数が長い保健師ほど精神障害者の地域生活を視野に入れて支援をしていることが明らかにされている(吉岡ら 2017)。また、精神保健福祉相談員は都道府県知事あるいは市町村長からの任命を受けて配置されるが、義務規定ではないために全ての都道府県に配置されているわけではない。そのため、精神保健福祉相談員の任命を受けていない保健師や事務職等の職員が精神保健福祉業務を担当する場合もある。

表 1-2 精神保健福祉士の専門的視点

N0	項目	内容
1	人と状況の全体関連性	その人の抱えている生活問題を解決する上で、その人自身に焦点を当てるとともに、取り巻く社会環境や状況に焦点をあてて考え、2つの焦点を統合的に捉えること。
2	「生活者」として捉える	疾病や障害を捉えるのではなく、どのライフサイクルに位置し、どのような人間関係や社会関係を経験し、どのような人生観やライフスタイルを持っているかを理解し、ごく普通の一人の人として捉えること。
3	地域生活支援	重い病気や障害を抱えていても、人が暮らす拠点は地域であるという認識を持ち、地域でその人らしい、ごく当たり前の暮らしを選択し、社会の一員として存在していることを実感できる場や機会を広げていくこと。
4	個人・集団・地域の個別化	一人ひとりが固有な人格をもった存在であり、その人を取り巻く環境である家族や地域社会も個々に相違することを基本におくこと。
5	主体性の回復・尊重	自分のことは、自分の考える方針・方法で日常生活や将来の生き方を決めることを欲し、決定できる存在として、自己決定ができる環境や状況を改善すること
6	ストレングス	その人やその人の取り巻く環境の強みに焦点を当て、それらを最大限に生かした働き。また、利用者の希望を重視し、その希望に向かうその人の力や周囲の力を資源として支援を行うこと。
7	リカバリー	単に病気の治癒や障害の軽減といった医学的回復を意味するものではなく、病気や障害によって失われたその人らしい生活を再構築し、新たな人生の意味や目的を見出すこと。
8	当事者との協働	その人を単に援助の対象として捉えるのではなく、自分の人生を歩み生活問題を解決しようとする生活主体者として認識し、パートナーシップを形成すること。

(日本精神保健福祉士協会「精神保健福祉業務指針」作成委員会編(2020)『精神保健福祉士業務指針及び業務分類第3版』P12-15をもとに筆者作成)

4) 専門職の配置状況

地域保健報告によれば、県型保健所専門職の従事者数は、1999(平成11)年度には19,691人で、そのうち精神保健福祉相談員が1,258人配置されていた。20年後の2019(令和元)年度には13,365人(31.7%減)、そのうち相談員は666人(47.1%減)と減少している。2019(令和元)年度における常勤の従事者数の内訳は図1-1のとおりである。精神保健福祉相談員は666名と計上されているが、保健所への配置が義務付けられていないため、統計上は「その他」職員として掲載

されている。精神保健福祉業務は任命を受けた精神保健福祉相談員だけでなく、任命を受けていない様々な職種が担当しているため、精神保健福祉相談員の人数がそのまま精神保健福祉業務に従事する専従の専門職職員（以下、「専従職員」という。）というわけではない。そのため、地域保健報告では、精神保健福祉業務に従事する専従職員の人数は把握できない。

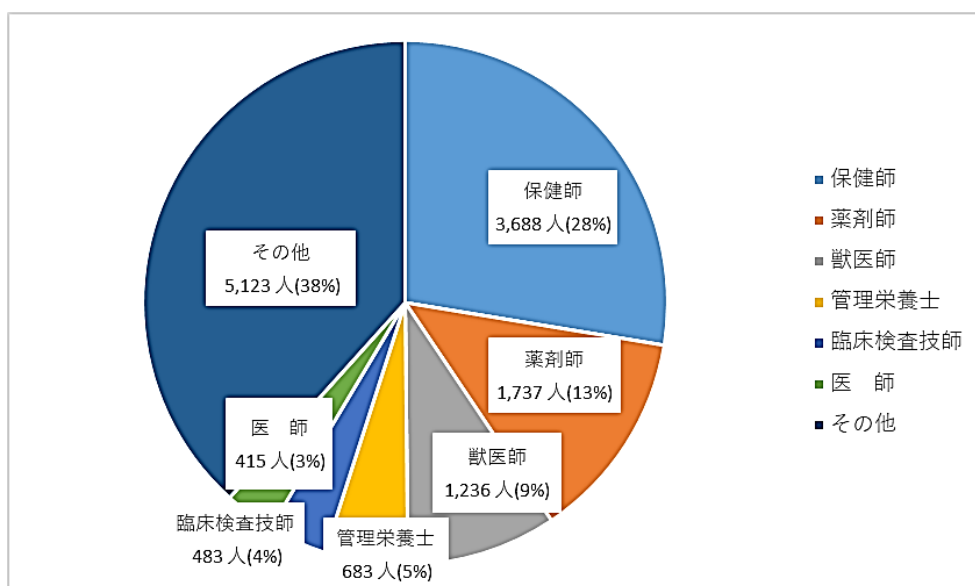


図 1-1 2019(令和元)年度 全国の県型保健所における常勤従事者数（職種別）
（厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」をもとに筆者作成）

一方、保健所を対象とした全国規模の精神保健福祉業務関連調査は、厚生労働科学研究費補助金等を活用した研究事業により随時行われている。その中で、専従職員数や職種等が報告されている調査を選定し、県型保健所に関する情報を抜粋して表 1-3 のとおりにまとめた。各調査の調査項目は統一されていなかった。傾向として、県型保健所の精神保健福祉業務を担う専従職員は保健師が大半を占め、精神保健福祉士や事務職、医師や心理職などの専門職も配置されていることがうかがえた。また、表 1-3 にある「調査 5」から、2019（令和元）年に精神保健福祉相談員の任命を受けている職員は、精神保健福祉業務担当者のうちの 26.9% であることが明らかにされた（塚本 2019）。

先行調査によって、これまでの全国における専従職員の業務配置状況の傾向は確認できたと考えられる。しかし、都道府県単位で結果が公表されている調査は

2004（平成16）年公表の表1-3にある「調査1」が最後であり、それ以降の調査は全国単位または地方単位で統計がまとめられている。

表1-3 精神保健福祉業務の専従職員に関する調査報告書 一覧

作成時期	名称	調査時期	回答数(%)	調査項目	都道府県単位公表	主な結果
調査1 2004年1月	全国精神保健福祉専従事業者調査報告書 (2004[平成16]年1月1日)	2003年1月	都道府県 44(93.6%)	管内市町村数、管内人口、専従職員の職種区分と人数(常勤・非常勤)など	有り	県型保健所446か所、156支所のうち、479か所に1,170名の専従職員が配置されていた。その内訳は、保健師が60.0%、福祉職が18.0%、心理職が4.2%、事務職が14.0%、その他が3.5%であった。
調査2 2008年3月	障害者自立支援法施行後の地域精神保健福祉活動の現状と保健師の役割調査研究報告書	2007年4月	県型保健所 224(56.7%)	専従職員の職種区分と人数(非常勤0.5人分)など	無し	県型保健所のうち90.2%に専従職員が配置されていて、1保健所あたりの平均人数3.2人であった。全ての県型保健所の82.2%に保健師が専従で配置され、21.3%に精神保健福祉士が、39.6%にその他(事務職等)が配置されていた。
調査3 2012年1月	保健所及び市区町村における精神保健福祉業務に関する調査報告書	2011年4月	県型保健所 239(63.9%)	専従職員の職種区分と人数(常勤・非常勤)など	無し	常勤の専従職員の配置状況について、全ての県型保健所の70.7%に保健師が専従で配置され、19.7%に精神保健福祉士が、31.4%に事務職が、医師、臨床心理技術者、その他専門職はそれぞれ0.8%、1.7%、9.2%配置されていた。
調査4 2015年3月	保健所及び市区町村における精神障害者支援に関する全国調査報告書	2014年4月	県型保健所 265(72.6%)	管内市町村数、管内人口、専従職員の職種区分と人数(常勤・非常勤)など	無し	常勤の専従職員を対象にした職種ごとの配置人数の平均値(標準偏差)は、保健師・看護師1.0(SD=1.5)、精神保健福祉士0.2(SD=0.5)、事務職0.3(SD=0.6)、医師0.0(SD=0.1)、臨床心理技術者0.0(SD=0.1)、その他職員0.1(SD=0.5)であった。
調査5 2019年3月	精神科救急及び急性期医療における自治体及び医療機関の連携等の地域体制のあり方に関する研究報告書	2018年4月	県型保健所 236(65.6%)	専従職員の職種区分と人数(常勤・非常勤)、相談員の任命など	無し	県型保健所の92.8%に常勤の専従職員が配置されていた。職種は保健師64.6%、精神保健福祉士13.6%、事務職11.5%、その他専門職が5.1%であった。専従職員のうち、相談員の任命を受けている割合は26.9%であった。

(筆者作成)

5) 精神保健福祉業務の実施状況

県型保健所における精神保健福祉業務のうち、住民等からの相談及び訪問指導の件数と、市町村援助の件数、措置入院に係る申請・通報・届出件数等の推移に

ついて図 1-2 から図 1-4 のとおりまとめた。1999(平成 11)年度と 2019(令和元)年度を比較すると、相談件数は、303,841 件から 146,074 件(51.9%減)に、訪問指導件数は 128,030 件から 65,595 件(48.9%減)に減少している。

精神保健福祉相談員一人あたりの相談件数は 241.5 件(1999 年度)から 213.3 件(2019 年度)に、訪問指導件数は 101.8 件(1999 年度)から 97.6 件(2019 年度)と換算された。県型保健所の専門職配置状況の推移を踏まえると、県型保健所全体での相談及び訪問指導件数の減少は、対応する人員の削減が大きく影響しているものと考えられる。

なお、本節では精神保健福祉相談員一人あたりの件数を専従職員 1 人あたりの対応件数の代わりに示している。先述のとおり精神保健福祉業務の専従職員は精神保健福祉相談員の任命を受けた者だけではない。しかし、専従職員数として統計等から把握できるのは、精神保健福祉相談員の人数のみとなっている。そこで、県型保健所の総対応件数に対して、地域保健報告で計上されている精神保健福祉相談員の総数で除すことで、一人あたりの平均対応件数を示すこととした。

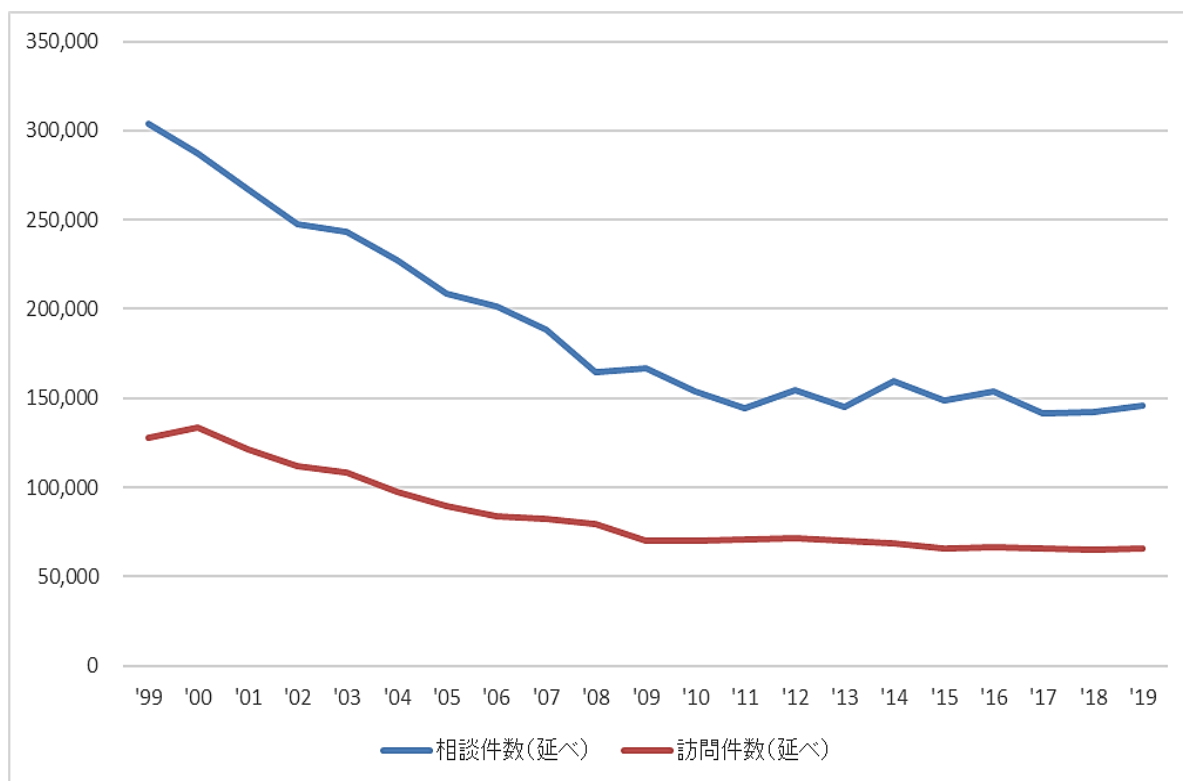


図 1-2 県型保健所における住民等からの相談及び訪問指導の件数の推移

(厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」をもとに筆者作成)

続いて、序章では県型保健所が市町村に実施した技術支援の件数の推移を領域ごとに折れ線グラフで表したが(図序-2)、あらためて、市町村の精神保健福祉業務に対する技術支援の総数の年度推移を図1-3に示す。地域保健報告において対象領域別の「市町村援助」件数が初めて示された2001(平成13)年度において、県型保健所の「市町村援助」件数は5,339件であった。その翌年度の2002(平成14)年度には14,021件に増加し、精神保健福祉領域が、母子保健・健康増進・介護予防・歯科保健など8つに分けられた領域のなかで最も多く行われていた。その後、精神保健福祉業務における「市町村援助」件数は徐々に減少し、2011(平成23)年度以降は5,000件前後を推移し、2020(令和2)年度は3,762件であった。これは最も件数が多かった2002(平成14)年度のおよそ4分の1となっており、精神保健福祉相談員一人あたりの平均対応件数では、12.1(2002年度)から5.6(2019年度)と大幅に減少している。

一方で、措置入院に係る申請・通報・届出件数等は、1999(平成11)年度5,768件のところが、2019(令和元)年度では18,499件と3.2倍になっている(図1-4)。精神保健福祉相談員一人の平均対応件数では4.6件(1999年度)から27.8件(2019年度)となり、6.0倍まで増加している。

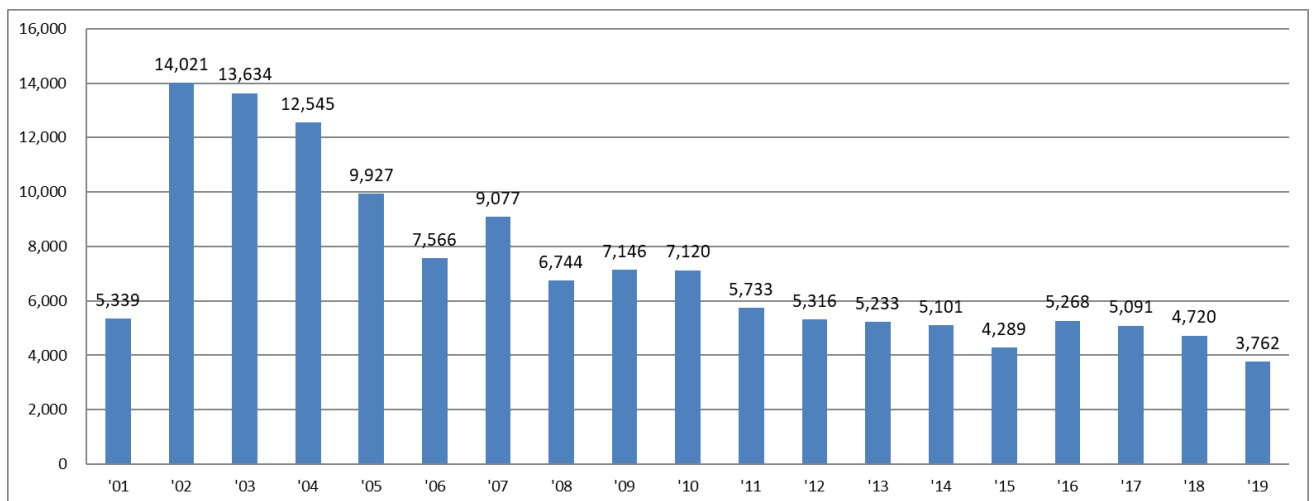


図1-3 県型保健所による市町村援助件数の推移(厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」をもとに筆者作成)

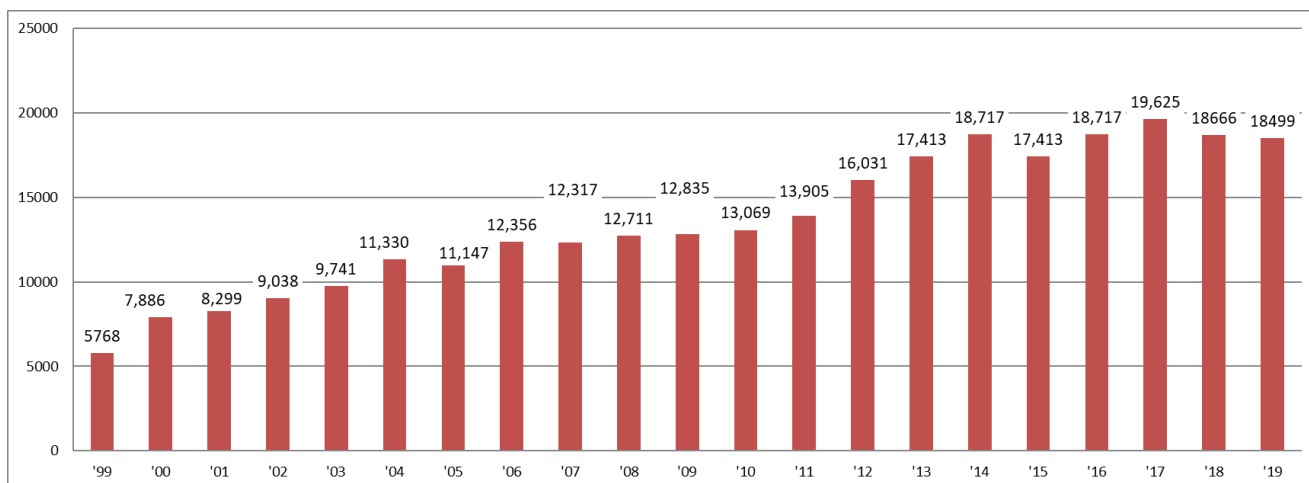


図 1-4 県型保健所が対応した措置入院に係る申請・通報・届出件数の推移
(厚生労働省「衛生行政報告例」をもとに筆者作成)

第 2 項 市町村の精神保健福祉業務

市町村の精神保健福祉業務は、精神保健福祉法と地域保健法、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下、「障害者総合支援法」とする。）などに基づいて行われている。地域で暮らす精神障害者を身近な地域で支援する観点から、在宅での生活に必要な支援施策は市町村が実施することとされている。

1) 市町村数

市町村数は、1999(平成 11)年には 3,239 か所で、その内訳は市 671（うち、政令指定都市 12）、町が 1990、村が 568 であった。その後、市町村合併が続 き、2020(令和 2)年には 1,718 か所（1999 年と比べて 47.0%減）となっ てい る。その内訳は、市が 792（うち、政令指定都市 20、中核市 60、施行時特例市 25）、町が 743、村が 183 である。

2) 業務内容

市町村の精神保健福祉業務の内容は、保健所と同じく保健所等業務運営要領に示されている。市町村は保健所と協力・連携しながら、地域の実情に応じた業務を行うこととされている（表 1-4）。

表 1-4 市町村の精神保健福祉業務

No	業務名	主な内容
1	企画調整	保健所に協力して地域の実態を把握
2	普及啓発	地域保健施策に精神保健福祉的配慮を含めた普及啓発
3	相談指導	障害福祉サービスの利用に関する相談を中心とした精神保健福祉に関する相談
4	社会復帰及び自立と社会参加への支援	障害者総合支援法の障害福祉サービスの実施、市町村障害福祉計画の策定、精神障害者保健福祉手帳関係事務等
5	入院及び自立支援医療費関係事務	自立支援医療費の支給認定の申請の受理と進達、医療保護入院の市町村長同意
6	ケース記録の整理及び秘密の保持等	記録の整理保管、プライバシーの保護
7	その他	市町村障害者計画の策定・推進

(厚生労働省「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」をもとに筆者作成)

3) 専門職の配置状況

精神保健業務を含む地域保健に関する従事者数は、地域保健報告にまとめられている。そのうち、保健所を設置していない市町村（以下、「保健所未設置市町村」という。）の従事者数は、1999(平成 11)年度には 25,005 人で、そのうち相談員が 78 人配置されていた。20 年後の 2019(令和元)年度の従事者は 21,328 人（14.7%減）、そのうち精神保健福祉相談員は 20 人（74.4%減）と減少している。2019(令和元)年度における専門職の常勤従事者数の内訳は図 1-5 のとおりである。なお、市町村の精神障害者福祉業務を所掌する障害福祉主管課の職員数は、国の統計資料では報告されていない。

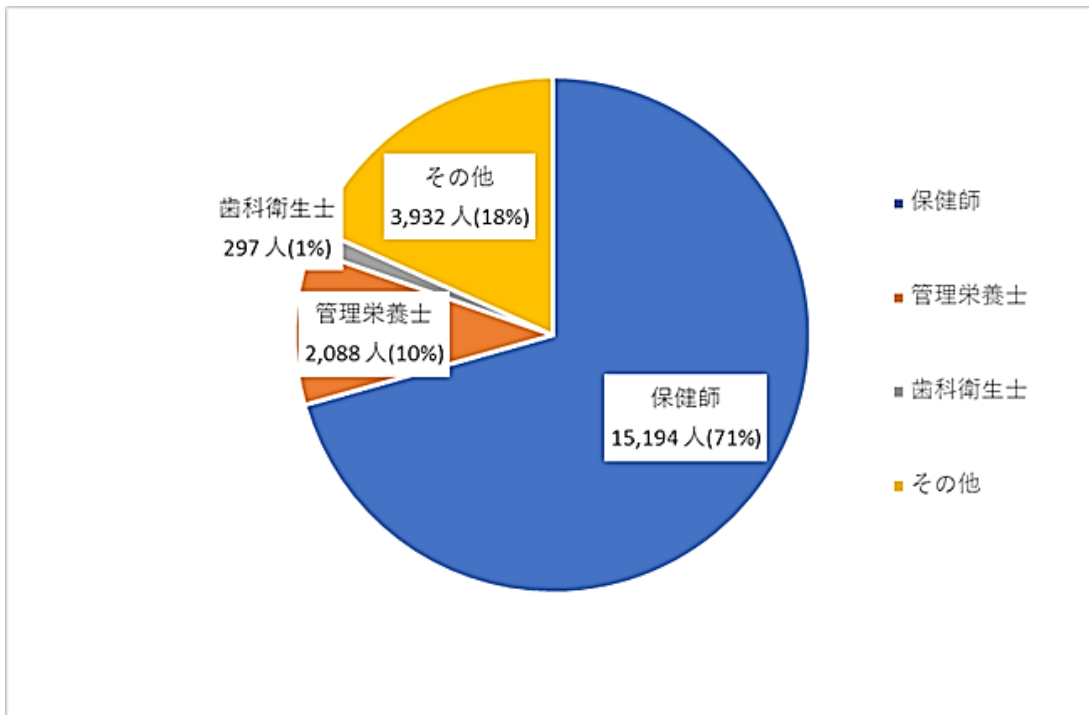


図 1-5 2019(令和元)年度 全国の保健所未設置市町村の地域保健業務における
 主な常勤従事者数(職種別)

(厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」をもとに筆者作成)

一方、塚本(2019)が県型保健所を対象に、管内市町村に配属されている精神保健福祉業務の専従職員を調査している。回答のあった市町村数は816で、全市町村の46.7%であった。そのうち、障害福祉主管課に常勤の専従職員が配置されていた市町村は233(29.1%)であり、その職員数は1,605人であった。職種の内訳は「事務職」918人(57.2%)、「保健師・看護師」382人(23.8%)、「精神保健福祉士」122人(7.6%)、「社会福祉士」115人(7.2%)、「心理技術者」3人(0.2%)、「医師」1人(0.1%)であった。また、市町村の保健センターに、精神保健業務を所掌する常勤の専従職員が配置されていた市町村は、168(20.9%)であり、職員数は1,471人であった。職種の内訳は「保健師・看護師」1,176人(79.9%)、「事務職」156人(10.6%)、「精神保健福祉士」47人(3.2%)、「心理技術者」10人(0.7%)、「社会福祉士」4人(0.3%)、「医師」0人であった。最も割合が多かった保健師では、精神保健福祉を担当する市町村保健師の93.7%が、他の担当業務も掛け持ちしているという調査結果が報告されている。(長澤ら2017)。

4) 精神保健福祉業務の実施状況

市町村の精神保健福祉業務に該当する住民への相談及び訪問指導の件数を図1-6のとおりまとめた。1999(平成11)年度と2019(令和元)年度を比較すると、相談件数(延べ)は、78,467件から298,537件(3.8倍)、訪問指導件数(延べ)は80,556件から158,390件(2.0倍)に増加している。

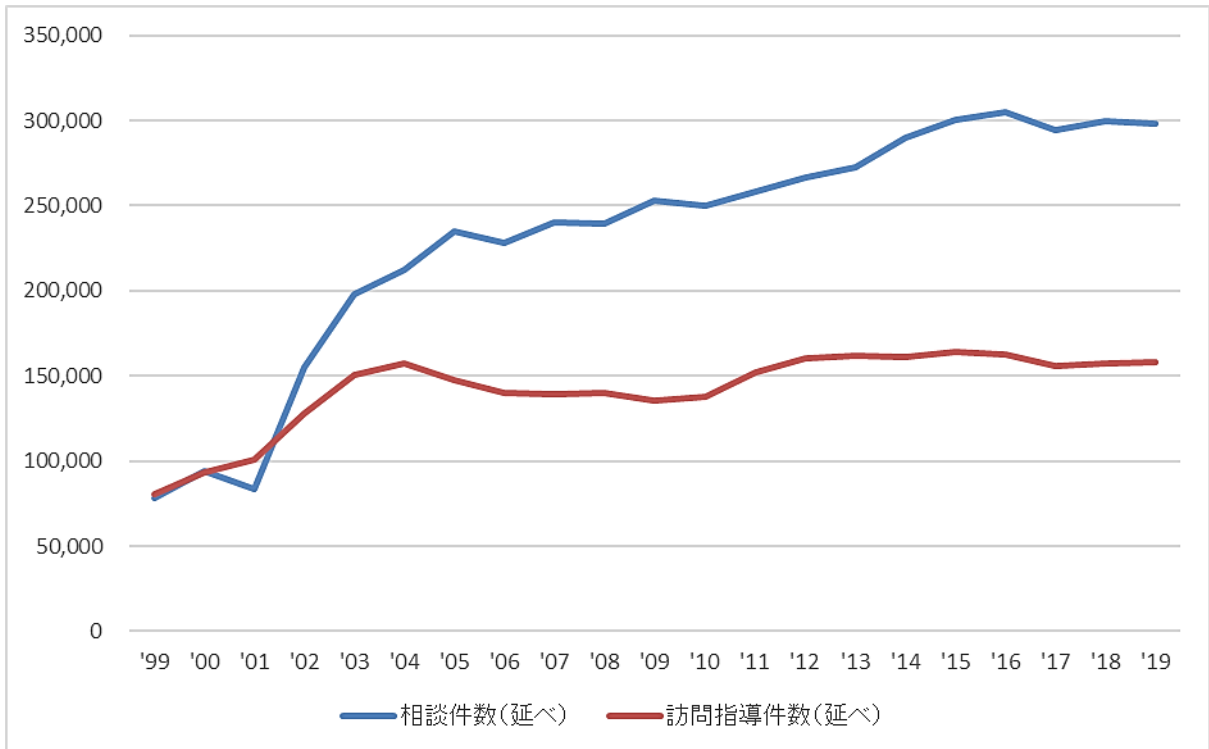


図1-6 市町村における住民等からの相談及び訪問指導の件数の推移
(厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」をもとに筆者作成)

市町村による相談及び訪問指導の対応件数は年々増大しているなか、藤井(2021)の調査によって、市町村の98.0%は何らかの精神保健に関する相談に困難を抱えていることが明らかにされている。目良・山本(2018)は、精神保健福祉業務の経験が少ない市町村保健師は、業務遂行における自己評価が低くなることを明らかにし、経験不足を認識する保健師の約9割が業務上の悩みを抱えていると指摘している。例えば、精神障害者が近隣住民と何かしらの理由でトラブルとなると、住民等は彼らを精神科病院へ入院させて問題解決を図ろうと考えること

が少なくない。このような場面に市町村保健師が関与する際、住民等への対応に苦慮してしまう(新村ら 2016)。飯島ら(2016)は、市町村保健師が精神保健相談を行う際に「当事者・家族への対応」、「当事者がもつ生活しづらさへの改善」、「連携・組織体制構築の不足」、「支援の際の感情のコントロール」に困難さを抱えやすいことを調査で明らかにしている。また、長澤ら(2016)は、市町村の相談支援体制を構築するには、精神保健福祉士など多職種との連携や県型保健所からの技術支援が必要と報告している。

一方、市町村が行う精神保健業務に生じる地域格差が課題視されるなか(厚生労働省 2021)、柄澤(2016:82)は、市町村による格差が生じる背景に、精神保健業務の法的位置づけの曖昧さがあると指摘する。法令等で業務に必要な人員体制等に関する基準が定められていないために、市町村は実情に応じて所管課を定め、専門職などの人員配置を決めている。このことが、結果的に市町村ごとの支援格差の要因につながっていると述べている。

第2節 技術支援に関する先行研究

第1項 法令等の規定と実践の経緯

1965(昭和40)年、精神衛生法が改正され、保健所で精神衛生業務を行うことが初めて規定された。翌1966(昭和41)年、厚生省公衆衛生局長(当時)から「保健所における精神衛生業務運営要領」が発出され、保健所の精神衛生業務の一つとして、関係機関への技術支援が位置づけられた(厚生省1966)。具体的には、「管内の行政、教育、福祉、医療、産業、報道関係等の機関等の施設、団体、専門家等の精神衛生事業への協力または、これらの行う公衆衛生活動に対して技術的援助、協力、助言、勧告、指導等を積極的に行う(以下省略)」と記された。当時の規定に基づけば、保健所が行う技術支援の対象を市町村と定めていなかった。

精神保健福祉領域における地域での実践は元来、保健所を中心とした公衆衛生モデルとして展開された(田中1996:112)。保健所における技術支援の先駆けは精神科医が行うコンサルテーション活動であり、栃木県精神衛生センターにおける小坂英世医師による「小坂方式」や、群馬での「生活臨床グループ」がその代表であった(平田1982:35-39)。精神保健福祉領域において、コンサルテーションの理論と方法を確立した人物は精神科医のCaplanである(田中1996:111; 山本2000:118)。Caplanは、コンサルテーションのことを「2人以上の専門職の相互作用を活用し、領域の異なる専門職に教育や指導をする過程」であり、「コンサルタントが精神衛生に関する特定の問題をコンサルティの仕事の中でより効果的に解決できるように援助する取り組み」(Caplan=1970:232-234)と説明している。このように、地域の関係者に対する技術支援は、精神科医による医学モデルを基調としたコンサルテーションとして行われてきた(田中1996:112)。

1995(平成7)年に精神保健福祉法が成立した翌年(1996年)、厚生省保健医療局長(当時)は、保健所における精神保健業務運営要領の名称を「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」に変更した。市町村が精神保健福祉業務を担うようになり、保健所業務に「市町村への協力及び連携」が加えられた。具体的には、「精神保健福祉業務については、身近なものについては、できるだけ市町村が行うようにしていくことが望ましいため、都道府県の保健所は市町村への

情報提供、技術等の協力及び連携に努める」(下線は筆者による)と明文化された(厚生省 1996)。田中(1996:111-113)は「地域での関わり方が医学モデルによる理解を超えてきている」と捉え、精神保健福祉相談員などによる生活モデルを主体としたコンサルテーションを「精神保健福祉コンサルテーション」と称し、その取り組みが地域で発展していく可能性を示唆した。全国精神保健相談員会は、精神保健福祉コンサルテーションを「地域の援助者(キーパーソン)に対して、相談員として専門的な助言や援助を提供し、クライアントを間接的に支援するための具体的な地域援助活動の方法」と定義し、その普及を始めたが、全国的に定着するまでには至らなかった(全国精神保健相談員会 1995:84)。

1999(平成 11)年、精神保健福祉法が改正され、施設及び事業の利用の調整等に関する規定(第 49 条)が設けられた。これにより、精神障害者社会復帰施設の利用等のあっせんや調整業務が、都道府県から市町村に移管された。保健所には「市町村が行うあっせん、調整及び要請に関し、その設置する保健所による技術的事項についての協力その他市町村に対する必要な援助及び市町村相互間の連絡調整を行う」規定(第 49 条の 3)が、法律上に位置づけられた。市町村による精神保健福祉業務が定着できるよう、県型保健所には市町村への技術支援や広域的な課題への対応を行う役割が求められるようになった(田中 2001b:121-123)。

2005(平成 17)年、精神保健福祉法が改正され、市町村の相談体制が強化された。それに合わせて、県型保健所が市町村に行う技術支援については、「保健所は、市町村への情報提供、技術的協力・支援を行うことが必要である」(下線は筆者による)と規定され(厚生労働省 2006)、「努める」と記された従来よりも業務の必要性が強調される表現となった。同年に成立した障害者自立支援法の施行後、県型保健所が精神障害者の地域生活支援に関与する機会は減少した(畑本ら 2014)。県型保健所は通報による受療支援など危機介入の対応に追われるようになり、技術支援は業務としての位置づけや内容が不明確なために、消極的になる傾向にあった(中土・北山 2013)。

技術支援が規定されている保健所等業務運営要領は、精神保健福祉法等の改正に合わせて見直され、最新改正は 2014(平成 26)年である。赤澤ら(2014)は「保健所の精神保健福祉業務の実施体制と業務内容に変化が起こっている」ことを理由に保健所等業務運営要領の改訂の必要性を示唆し、桑原(2015)も保健所及び市町

村を対象にした実態調査の結果を踏まえ「不適切な市町村格差の増大を防ぐためには、現状を踏まえた業務運営要領の策定が不可欠である」と主張している。さらに、野口(2019)は、精神包括ケアシステムの構築に必要な県型保健所と市町村の業務を実態に即して位置づけ直すことを提案している。

第2項 県型保健所の精神保健福祉業務に関する調査

県型保健所の精神保健福祉業務に関する先行研究を概観したところ、措置入院者への支援に関する調査(伊藤・守田 2020)や実践報告(河本・榊原 2019)、通報等による危機介入への対応方法(川乗 2015)やひきこもり支援(西塔ら 2020)などの実践報告、退院促進支援における県型保健所の役割(辻・都筑 2011)についてなど、保健所の専門職が住民等に直接的に支援する業務にやや偏っていた。

都道府県が市町村に行う支援に関して、田中(2001:119-123)は「財政補助及び人的支援と技術的支援が基本」と述べている。その中の「技術的支援」については、精神保健福祉相談員の実践事例をもとに「管内(市町村)全体の(精神保健福祉施策に関する)ビジョンを明らかに」(括弧内は筆者追記)することに加え、「市町村に対して必要な統計資料の提供、障害者計画づくりへの参与、利用者直接向介するなど丁寧な相談の引き継ぎ、相談に伴うアドバイス、市町村ではなかなか対応が難しい複雑な問題を抱えた利用者への援助、デイケア(ソーシャルクラブ)の共同開催、家族教室やボランティア講座への技術援助、学習会やケアカンファレンスへの協力、市町村職員と地域の関係者を含めた研修の充実、担当者会議の定期開催、市町村間の連絡、広域的調整や管内のネットワーク形成、地域組織化の支援」を具体的な取り組みとして挙げている。一方、県型保健所が行う市町村への技術支援に関する実証的な研究は極めて少なく、筆者の調べた限りにおいては2つのみが該当した。一つは、中土・北山(2013)が行った調査(以下、「中土調査」という。)で、一保健所の県保健師が管内市町村に行った精神保健福祉領域の実践をもとに技術支援の方法を分析したものである。もう一つは、全国保健師長会大分県支部(2020)が行った調査(以下、「大分県支部調査」という。)である。技術支援の対象は精神保健福祉領域に限定されていないが、県型保健所の保健師が市町村と活動をともにしながら技術支援を行う際の役割が整理されている。この2つの先行研究について詳述する。

中土調査は、一保健所の管内4市町を対象に3種類の業務（①市町村職員への調査、②保健所主催の会議、③個別相談事例での技術支援）を分析し、支援効果があったと著者が判断した内容を抽出している。その抽出された内容をもとに「市町村支援の方法（試案）」として結果をまとめている。その分析結果は大きく3つの類型に分類されている（表1-5）。

表1-5 中土調査による市町村への技術支援の方法（試案）

市町村支援の方法（試案）	中分類	大分類
1 県へ相談しやすい関係を作るため県から積極的に市町村に出向く	市町村職員が相談しやすい関係づくり	市町村職員の支援
2 困っていることの焦点化		
3 市町村職員同士で相談しやすい関係づくりをする		
4 職種に関わらず支援する	職員の資質の向上	
5 意図的に資質向上の機会を設定する		
6 スーパーバイザーからの助言が得られる機会を設定する		
7 当事者の声を中心に会議や検討会を持つ	当事者のニーズに基づいた支援をするためのチームづくり	ケア体制づくりの支援
8 ケア会議には可能な限り当事者の参加を求める		
9 関係機関の実施する会議や研修会への参加を呼びかける	外部の関係者との顔の見える関係づくり	
10 連携の必要な関係者、関係機関の紹介やつなぎをする		
11 市町村が活動をまとめる機会を作る市町村の課題を明確にし、取り組みへの支援をする	市町村の課題を明確にし、取り組みへの支援をする	市町村実態に応じた事業の取り組みの支援
12 県に集まるデータを活用し、現状や課題をわかりやすくまとめて市町村に提示する		
13 市町村ごとの課題を把握する		
14 課題を共有するため、一緒に話し合う場を設定する		
15 市町村の取り組みを情報収集し参考になると思われる事例を紹介する	成果の出ている市町村の活動を共有し、活動の促進を図る	
16 研修等で実践の発表の場を作る		

（中土・北山(2013)分析結果をもとに筆者作成）

大分類の一つ「市町村職員の支援」には「市町村職員が相談しやすい関係づくり」と「職員の資質の向上」が含まれていた。大分類「ケア体制づくりの支援」

には「当事者のニーズに基づいた支援をするためのチームづくり」と「外部の関係者との顔の見える関係づくり」が含まれ、大分類「市町村実態に応じた事業の取組みの支援」には「市町村の課題を明確にし、取り組みへの支援をする」と「成果の出ている市町村の活動を共有し、活動の促進を図る」が含まれていた。中土調査は、県型保健所が日常的に行う精神保健福祉業務に対して、意識的に技術支援を実施し、そのプロセスを評価するなど実証的に行われている。そのうえで、技術支援を構成する内容が具体的に項目化されていることは注目に値する。しかし、項目の抽出方法が詳細には記載されておらず、かつ、保健師の実践に限定されている。著者自身が試案と述べているとおり、この分析結果は探索的な内容であると言える。

大分県支部調査も保健師のみが対象とされていた。調査方法は、県型保健所と市町村のそれぞれの統括的な立場の保健師へのインタビュー調査であった。県型保健所が市町村と協働して行った実践の集計結果をもとに、県型保健所の保健師が市町村にかかわる際の役割を具体的に聴取したものであった。分析結果のうち、具体的な方法にあたる部分を筆者が要約し、表 1-6 のとおり 8 点に整理した。

表 1-6 大分県支部調査による県型保健所保健師が市町村に行う技術支援

No	具体的な方法
1	市町村の状況を考慮して事業等を企画すること
2	データ等をもとに広域的・専門的視点から市町村の課題を明確にし、共有すること
3	具体的な活動方法を伝えること
4	全県や他市町村との情報を提供すること
5	関係機関との連携を促進すること
6	市町村の保健師活動の理解を促すこと
7	市町村保健師の活動を尊重し、後押しすること
8	ともに育ちあえる環境をつくること

(全国保健師長会大分県支部(2020)の分析結果をもとに筆者作成)

技術支援の課題については、保健所の人人体制を整えていく必要があること、技術支援の方法等を継承していく必要があることの 2 点が挙げられていた。大分県支部調査は、精神保健福祉領域における特有性は見いだせないものの、県型保健所による市町村への技術支援の具体的な方法を一定程度整理していると考えら

れる。

県型保健所が行う技術支援に関する先行研究のうち、社会福祉専門職を対象としたものは見当たらなかった。そのため、保健師を対象とした先行研究のみ取り上げたが、保健師と社会福祉専門職の実践の間には共通性があるといった報告も散見される。例えば、内山(2014)は「保健師の保健活動とソーシャルワーク専門職が行う実践には多くの共通点がみられる」と述べ、また、中(2017)は、ソーシャルワーカーの立場から「職種が持つ機能や目的という点では(保健師との)共通点が多いと感じている」(括弧内は筆者追記)と両専門職の近接性を指摘している。そこで、本項では、中土調査で示された3つの大分類ごとに、その内容に関する先行研究結果をあわせて整理することとした。

まずは、中土調査の大項目「市町村職員の支援」にある「市町村職員が相談しやすい関係づくり」を取り上げる。「県へ相談しやすい関係を作るため県から積極的に市町村に出向く」など具体的な方法が挙げられている。大分県支部調査においても、『求めに応じて市町村支援』ではなく『求められなくても市町村支援するのが保健所』という意識を組織全体に浸透させることの意義を述べている。一方で、保健所の所管区域が広域化したことにより、県型保健所と市町村との連携の希薄化が指摘されている(全国保健所長会 2009 ; 日本精神保健福祉連盟 2012)。また、市町村との協働的なかわりに不安を感じている県型保健所の保健師が一定割合いることを示した調査結果(平野ら 2007)など、県型保健所と市町村との関係づくりに関する課題も報告されている。

次に、中土調査の大項目に「ケア体制づくりの支援」が挙げられている。「当事者のニーズに基づいた支援をするためのチームづくり」などネットワークづくりが重視された内容となっている。行政機関が行う精神保健福祉業務は、都道府県と市町村による二重構造とされており、県型保健所と市町村が連携を図りながら業務を行うようになっている。大分県支部調査の結果に「市町村の状況を考慮して事業等を企画すること」や「関係機関との連携を促進すること」があるように、県型保健所の専門職が住民への支援や体制づくりに直接的に関与することも含まれている。

最後に、中土調査の大項目「市町村実態に応じた事業の取り組みの支援」についてである。市町村が抱えている地域課題を明確にすることや、保健所管轄区域

の市町村全体の活動を押し上げることが含まれている。大分県支部調査では、市町村の地域状況の把握や業務の課題の明確化のために、「全国的・全県的・他市町村との比較の視点をもって情報を収集し、活用する」(全国保健師長会大分県支部 2020)ことが県型保健所に必要な役割の一つとして位置付けられ、「データ等をもとに広域的・専門的視点から市町村の課題を明確にし、共有すること」や「全県や他市町村との情報を提供すること」が具体的な方法として示されている。このように地域分析には、日常的な業務に関する統計や、業務に関連する情報に加え、幅広いデータを活用することになる。精神包括ケアシステムの構築にあたって県型保健所には、疾患別の入院・外来患者数、その経年的な変化、全国との比較、診療実績や、各地域における訪問看護・障害福祉サービスの資源の分布状況などを把握し、障害福祉計画、医療計画等の各計画の数値目標や各種データも踏まえて地域課題を明らかにする役割が求められている(日本能率協会総合研究所 2020)。しかしながら、今日の県型保健所は、業務で入手できる精神保健福祉の関連情報が少なくなっていることが課題視され(日本精神保健福祉連盟 2012; 桑原 2015)、データ活用の専門技術もいまだ確立されていないとの調査結果も見られる(馬場・岡本 2016)。

第3項 技術支援に影響を与える要因に関する先行研究

前項では、技術支援の内容に関する先行研究を概観した。本項では、技術支援を行う専門職の実践力に影響を与える要因に関する先行研究を概観する。社会福祉領域、あるいは、地域保健領域において、専門職の実践能力の向上に影響を与える要因に関わる先行研究を調べた。そのうち、技術支援にも必要な知識や技術、姿勢等に影響を与えていた要因として、実践経験年数と研鑽機会の有無があった。

実践経験年数について、福島(2005:197-198)の研究結果では、ソーシャルワーカーは精神保健福祉分野の経験年数が高くなるにつれて、ソーシャルワーク実践の重要性を認識し、その頻度を高めることが明らかとされている。また、大谷(2016)と青山・岡田(2018)の調査では、経験年数がスキルの向上に有意な差異を生じさせるには、およそ10年の期間が必要であることを明らかにしている。小川・中谷(2012)は、保健師を対象とした調査を行い、職務経験を重ねることが実践能力に影響を与えるだけでなく自信の獲得につながると、実践経験の蓄積の重

要性を明らかにした。その一方、実践力や自信は経験年数とともに高まるというものでもなく、中堅期の保健師は経験年数に見合う支援を発揮しようと熟慮しすぎるあまり、力量不足を感じ、自信のなさを抱えてしまうとの報告もある（平野ら 2007）。また、保健師としての勤務歴が長いベテランであっても精神保健福祉の業務経験が不足していると実践の自己評価が低くなることも指摘されている（目良・山本 2018）。

研鑽機会の活用に関して、青山・岡田（2018）は、ソーシャルワーカーのアセスメント力について、自主的な研修への参加が情報分析や判断に関する一部の力量を高めていることを明らかにしている。また、専門職団体に加入することによって、必要な知識等を身につけようとしている報告もあり、職能団体の加入理由の上位には専門職としての資質向上と並んで、業務に必要な情報を得られることがあげられている（山口ら 2011）

実践力の向上には研修等だけでなく、職場内で実践を通じた助言や指導で研鑽を積む OJT (On-the-Job Training) も用いられている。OJT は単に知識・スキルを移転する行為としてではなく、個人が経験から学ぶことを支援する行為（松尾 2017:243）である。空閑(2009)は、ソーシャルワーカーにとって「日常の実践場面を意図的に課題発見とスキル向上の機会にするためにも、OJT の意識と取組みは重要である」と、OJT の意義について述べている。しかし、ソーシャルワーカーを対象とした OJT に関する実証研究は見つけられなかった。他方、保健師対象の調査では、OJT を活用して職場で実際の職務経験を振り返る機会が職務の自信を獲得しやすくなることが報告されている（小川・中谷 2012）。さらに、部署内で助言・指導を受けて実践を行う者の方が指導を受けていない者と比べて、精神障害者の再発・再燃予防のための支援や地域診断に関する力量が有意に高まることも明らかにされている（伊藤・守田 2020;小川ら 2018）。

第 4 項 社会福祉領域でのコンサルテーション

本研究における「県型保健所から市町村に行く技術支援」は、定義が十分に整理されておらず、実証的な研究も乏しいため、実施過程も構造的に示されていない。そこで本項では、わが国の社会福祉領域で用いられているコンサルテーションがどのような概念で用いられているかを概観する。社会福祉領域で用いられて

いるコンサルテーションと類似する支援技法としてスーパービジョンがあげられる。スーパービジョンという言葉には多義性があり、その定義は多様ではあるが、「ソーシャルワーク・スーパービジョン」であれば定説として、ソーシャルワークの専門家であるソーシャルワーカー（スーパーバイザー）と他のソーシャルワーカー（スーパーバイジー）とで、スーパーバイザーの行うソーシャルワーク実践について話し合う、その相互の関係あるいは過程であると考えられる（北島 2018:20）。コンサルテーションとスーパービジョンは、実践者が行うサービスの質の向上とそのための方量の向上を目指す機能を持っている点では共通している。一方で、スーパービジョンは、スーパーバイザーとスーパーバイジーの関係性は同一職種間の階層的な関係であり、職種の専門性向上が継続的に目指されることに重きが置かれるところに特有性がある（大島 2015:281-285）。本研究の対象である県型保健所が市町村に行う技術支援においては、そのような特徴は必ずしも該当しないと判断した。したがって、スーパービジョンではなく、コンサルテーションに焦点をあてて先行研究をもとに概念整理をすることとした。

はじめに、社会福祉領域の用語辞典からコンサルテーションの用語の定義を整理した（表 1-7）。

社会福祉関連の用語辞典からコンサルテーションの定義を概観したところ、合意された定義はないが、多くは、ソーシャルワーカーなどの福祉専門職は他専門職から必要な助言や援助等を「受ける側」であると認識されていた。一方で、表 1-7 の「No.6」に「ソーシャルワーカーのコンサルテーション機能も、互いに自立した専門職同士の下、医療・福祉・教育・クライアントの生活に関連する分野から広く求められている」（梶本 2004）と記されているように、ソーシャルワーカーなどの社会福祉専門職の役割が他専門職に助言や援助等を「提供する側」となっていることを指摘する文献もみられる。

表 1-7 社会福祉領域の用語辞典におけるコンサルテーションの定義

No	辞典の名称	コンサルテーションの定義
1	六訂社会福祉用語辞典(2012)中央法規出版	一般的には相談、助言指導といった意味で使われる。主に企業経営や自治体の計画策定等についての知識、経験、技術の相談を指す場合が多い。 <u>社会福祉援助においては、個別援助の隣接領域として、医師等によるコンサルテーションの方法が活用されることがある。</u>
2	社会福祉用語辞典(2013)ミネルヴァ書房	専門的な助言を必要としている人に対して専門性を保有する機関や個人から相談・指導を提供すること。 <u>ソーシャルワークでは、ワーカーが専門家から援助に必要な助言などを受けけることを意味する。</u>
3	ソーシャルワーク基本用語辞典(2013)川島書店	個人やグループ、組織、コミュニティがコンサルタントを依頼して、特殊な問題や実践活動についての助言、あるいは専門的な技能に関する指導、専門的知識に基づく援助を受けの一連の問題解決過程。 <u>保健医療・教育・福祉の領域で需要が高まりつつある。</u>
4	社会福祉学辞典(2014)丸善出版	特殊な問題や実践活動を遂行するうえで、ある特定の専門的な知識や技術についてその領域の専門家から助言や指導を受けること。 <u>今日では保健・医療・福祉・司法・教育など様々な領域の専門家との連携や協働が強調される中、ソーシャルワーク過程の中に位置づけられている。</u>
5	第12版現代社会福祉用語の基礎知識(2015)学文社	<u>関連機関や関連領域と相談あるいは協議を行う専門家からの助言を得る活動。ネットワークング、チームアプローチとともに、互いの専門職者の得意分野を活用し、質の高いサービスを提供しようという試みのひとつ。</u>
6	精神保健福祉用語辞典(2004)中央法規	自分の担当しているクライアントに社会福祉サービスを提供するにあたって、他の専門領域の人に知識や技術について相談援助を求め協議する過程のこと。 <u>ソーシャルワーカーのコンサルテーション機能も、互いに自立した専門職同士の下、医療・福祉・教育・クライアントの生活に関連する分野から広く求められている。</u>

(筆者作成 下線は筆者が追記)

次に、国内においてコンサルテーションの実証的な研究を扱った学術論文を確認するため、「CiNii Articles」を使って検索した。しかし、社会福祉領域で該当する論文は見当たらなかった。北本・岩崎(2011)は、ソーシャルワーカーが行うコンサルテーションの研究実績の乏しさを指摘している。その要因としては、先述のとおりソーシャルワーカーなどの社会福祉専門職の立場がコンサルテーションを「受ける側」とされてきたからであると考えられている(北本・岩崎 2010)。しかし、近年では保健・医療・福祉・司法・教育など様々な領域の専門家との連携や協働が必要とされるようになり、社会福祉専門職によるコンサルテーション

の需要が他職種から高まってきてはいる（岩崎・北本 2011）。精神保健福祉の関連領域をみても、精神科病院、福祉サービス事業所等における配置に加え、精神保健参与員や社会復帰調整官、スクールソーシャルワーカーとしての配置など、多岐にわたる分野でソーシャルワーカーが配置され、他の専門職へコンサルテーションを行うことも業務の一貫として配置されるようになってきている（北本 2014:334-335）。米本(2007:152)は、ソーシャルワーカーが行うコンサルテーションについて「対象者の社会的機能を中核に据えながら、対象者－家族－地域－制度の連続体の視野」をもって行うことが不可欠であると述べている。しかし、大島(2016:10-11)は、制度や政策に対応する行財政論や組織運営、行政計画などのあり方と、当事者への直接的な支援がこれまで切り離されて議論されてきたことを課題として挙げている。大島(2015:293)と高山(2015:309)によれば、わが国の社会福祉領域ではコンサルテーションの実証的な研究が十分に積み上げられておらず、そのことが、いまだ具体的な実施方法論の確立に至っていない要因であると指摘している。

以上を踏まえ、本項では、社会福祉領域においてコンサルテーションの定義を整理した国内の先行研究（植田 2000；植田 2007；野村 2015；北本 2014；大島 2015；福山 2005a；福山 2005b）を概観し、概念整理を行った。なお、概念整理を行うにあたり、コンサルテーションの実施過程については、北本(2014:341-345)が整理した4段階「①関係づくり、②問題の明確化とアセスメント、③問題解決支援策の策定と実施、④評価と終結」を援用した。

1) コンサルテーションの定義

植田(2000；2007)は、コンサルテーションの定義を「業務遂行上、ある特定の専門的な領域の知識や技術について助言を得る必要がある時、その領域の専門家つまり、コンサルタントと相談すること」としている。野村(2015:153-154)も「コンサルティが抱える問題について、その構造を提示し、具体的な方法を明確化していくこと」と定義し、コンサルティの抱える課題を具体的に解決するための技法としている。両者とは異なり、大島(2015:280)は「異なる専門性をもつ複数の者が、支援対象となる特定の問題状況を検討し、よりよい援助のあり方を共に話し合い、解決することを目的とした協働プロセス」と実施過程に即した表現で定義している。

2) 実施過程「関係づくり」

大島(2015:280)は、コンサルタントへの依頼は「自由意思に基づく任意の契約関係」とし、「異なる専門性をもつ、上下関係ではなく、可能な限り水平な関係」と整理している。植田(2000 ; 2007)や野村(2013:153-154)も「パートナーとしての関係」として、対等な専門家同士の関係性であることを強調している。

3) 実施過程「問題の明確化とアセスメント」

北本(2014:342)と野村(2013:153-154)は「コンサルティの業務上の問題で情緒的な問題には対応しない」と問題の対象範囲を限定し、受ける側の心理的な側面をも扱うスーパービジョンとの違いを言い表している。福山(2005a ; 2005b)は、コンサルティが抱える課題の範囲について「組織体制や運営、職務や援助業務、援助計画に関する課題や問題」と捉え、相談援助業務だけでなく、組織運営体制なども含めることを示した。コンサルテーションにおけるアセスメントについては、コンサルティが抱えている問題とその要因に加えて、コンサルタントとコンサルティとの相互関係についても適切に評価することが必要とされている(大島2015:288)。

4) 実施過程「問題解決支援策の策定と実施」

大島(2015:283)は、コンサルタントは、直接、援助活動に関与することは原則的になく、間接的な活動を通してサービスの質の向上を図ることとしている。一方、北本(2014:341-342)は、専門職間を中心とした相互関係のなかで行う協同作業と位置づけ、クライアント支援や支援力向上のための研修、プログラム開発などを例に挙げている。福山(2005a ; 福山 2005b)は、コンサルティの支援業務を補充するための、計画づくりの援助、モデリングの援助、研究調査などの活動に直接関与することは教育的機能の範囲内で認めている。

5) 実施過程「評価と終結」

評価の内容について、植田(2000 ; 2007)と野村(2013:154)は、専門分野に関する特別な知識や技能を教示し、問題状況の解決に用いられるサービスの向上を図ることの見解を示し、大島(2015:288)は、問題解決に向けたコンサルティの力量

の向上も評価に含まれると述べている。評価の項目を具体的に整理した北本(2014:345)は、コンサルテーションにおける評価を「問題解決支援の評価」、「コンサルティの力量の向上」、「組織・機関のシステムの改善・変化」、「社会資源のネットワークづくりの成果」の4点と整理している。

第5項 地域保健領域での技術支援

前項に続いて、地域保健領域で用いられているテクニカル・アシスタンス（以下、「TA」という）がどのような概念で用いられているかを概観する。

欧米では、個人や家族の生活を支えていくためには地域社会のシステムを強化していくことが重要と考えられるようになり、政府系機関や民間企業がコミュニティに根差したプログラムを実施するようになった(Mote and Hess 2006:4)。プログラムの実施にあたっては、成果の公表をするなど説明責任がより求められるようになり、プログラム実施機関は経営コンサルタントや研究所・大学等の外部機関から専門的な援助を受けるようになった。その援助技法の一つに、TAが導入されてきた。TAは、個人に加え、組織や機関、社会が機能を遂行し、問題を解決できるように必要な能力を発達させるための技法とされている(Mote and Hess 2006:8)。

1) テクニカル・アシスタンスの定義

TAの定義について、Blasé(2009)は「専門的なアドバイスのタイムリーな提供と特定の問題を解決してクライアントの能力を高めるためのカスタマイズされたサポート」とし、Rushovichら(2015)は、「イノベーションを実行したり、現在の業務を改善したり能力を構築するために、外部機関が機関や組織に提供するサービスを説明するために使用されてきた幅広い用語」と述べている。また、Katz and Wandersman(2016)は「個人、組織、機関、社会が機能を遂行し、問題を解決し、目的を設定し達成する能力を発達させるプロセス」(Blasé 2009)を意味するキャパシティ・ビルディングに着目し、「個人や組織、コミュニティのキャパシティ・ビルディングのための個別的で実践的な方法であり、目標への変革を達成しようとするアプローチである」と定義している。Mote and Hess(2006:11)は、TAを「特定の目的のためにモデリングやトレーニングなど具体的な援助や支援を提供する

こと」とし、「組織やコミュニティが直面しているある種の問題や要求に対して、専門家が助言を与える行為のプロセス」であるコンサルテーションとは区別してはいる。しかし、いまだ TA の定義については統一されてはおらず、理論的にも方法論的にも不十分とされている (Hunter et al 2009)。それでも TA は、実施主体が外部機関であり、目的が業務改善や問題解決への支援に加えて個人や組織等が有する能力や機能を高めることで、そのために必要な助言に加え、直接的で具体的な支援を提供する技法であると解釈できる。

2) 国外におけるテクニカル・アシスタンスの実証的研究

TA の実施方法や成果を実証的に調査研究した文献の先行研究レビューを行った。文献の検索には、海外雑誌を対象としたオンラインデータベースである「EBSCOhost」と「WEB of Science」を使用し、表題に「technical assistance」が含まれる英語圏の学術論文を検索した。検索結果一覧から「地域保健領域」と考えられる内容に限定したところ 8 本となり、それらを手に入れた (表 1-8)。

文献は全てアメリカの学術論文であった。具体的には、HIV 予防活動に従事する組織に対して事業評価を支援する TA の種類とその効果を把握するために行われたインタビュー調査 (Jolly et al 2003)、周産期教育に関するプログラムでの実践を取り上げ、3 年間の成果の評価を目的とした郵送紙調査・インタビューを組み合わせた調査 (Butterfoss 2004)、性暴力防止プログラムにおける TA の評価を分析するためのインタビュー調査 (Gibbs et al 2009)、青年期の物質使用の予防プログラムに関するケーススタディ (Woods et al 2014)、スティグマ削減プロジェクトを実施するコミュニティ組織の代表者に対して TA の効果等を聴取したインタビュー調査 (Cerully et al 2015)、などであった。なお、国内において同領域の TA を扱った学術論文の有無を確認するためにデータベース「CiNii Articles」を使って検索したが、該当する学術論文はなかった。今回入手した国外論文の中で、TA の実施プロセスに焦点を置いた 3 論文を取り上げて詳説する。

表 1-8 地域保健領域の TA に関する学術論文一覧

No	タイトル	著者名	発表年	調査目的	調査対象	調査方法	主な分析結果
1	Technical Assistance for the evaluation of community-based HIV prevention programs	Jolly and Uhl	2003	地域組織が必要とするTAの種類を特定し、最適に提供するための方法等を明らかにする	HIV予防活動に従事する組織と、TA提供者、保健省の98名	グループインタビュー	有能な提供者は、実用的な専門知識、アクセシビリティ、文化的能力、コミュニケーションスキル、協働スキルを備えている。理想的なTAシステムは、十分な資金、プログラムに固有なTA、広範な交流性が必要であると考えられた。
2	The Coalition Technical Assistance and Training Framework: Helping Community Coalitions Help Themselves	Butterfoss	2004	TAを行う上での課題とされる連携面での障壁を克服するための実践枠組みの効用を検証する	周産期教育プログラムに関与したTA提供者7人	アンケート・個別インタビュー	TA実施者がプログラム提供者に協働的にTAや訓練を提供できるように開発した6つのステップ(アセスメントから評価までの手順)からなる実践枠組み(CTAT)の成果をプログラム事例を通して検証した。その結果、TA対象であるプログラムの課題の特定、連携の改善には役立つことが確認された。
3	Empowering Programs With Evaluation Technical Assistance: Outcomes and Lessons Learned	Gibbs et al	2009	TA実施者が涵養するエンパワメント評価の過程や成果をTAを受けた側の視点から明らかにする	性暴力防止プログラムを運営した職員等7人	個別インタビュー	TA提供の満足度は高く、プログラム実施者は評価能力の変化、実践力の変化を実感していた。TAを効果的に行うためには、「TA提供者とプログラム実施者とのパートナーシップを形成する」、「プログラムに関与する職員が多くTAの過程に関与する」、「プログラムに見合った構造的かつ具体的な内容を提供する」等が必要と考えられた。
4	An Empirical Case Study of the Effects of Training and Technical Assistance on Community Coalition Functioning and Sustainability	Woods et al	2014	青年期の物質使用を防ぐため、予防プログラムにおけるTAの実施が、どれほどコミュニティの変化をもたらしたかを分析し、効果的な訓練とTAに関する体系的に明らかにする。	青年期の物質使用防止プログラム	2年間のケーススタディ(地域密着型の参加型研究)	地域の変化や改良を促進する12の鍵概念(問題や目標についての情報分析、見直しを立てる、組織構造やメカニズムを規定する、フレームワークを促進する、戦略や計画を促進する、地域の動員を調整する、リーダーシップを図る、効果的な介入を実施する、TAを保証する、進捗状況の文書化、結果の重要化、作業の継続化)のうち、コミュニティの変化に関する58項目について、プログラム提供者へのインタビューにより測定した。その結果、TA実施前と実施後に64%のプログラムでその効果が現れた。
5	The Mental Health Association of San Francisco Partner Organization Meet Their Goal in Stigma Reduction Effort : Result of a Qualitative Evaluation of Technical Assistance Process	Cerully et al	2015	TAを受けたプログラム実施者はTAの成果をどのようにとらえているかを明らかにする	スティグマ削減プログラムの実施代表者15人	半構造化インタビュー	TAの成果は、「目標の達成が図られた」、「ニーズや目標を理解し対応できた」、「必要な情報やツールが提供できた」、「態度が適切であった」などであった
6	Technical Assistance as a Prevention Capacity-Building Tool: A Demonstration Using the Getting To Outcomes® Framework	Hunter et al	2009	TAを効果的に実施するために必要な構成要素を明らかにする	薬物乱用防止プログラムへのTA提供者3人とプログラム実施者15人	アンケート(TA提供者・プログラム実施者)、個別インタビュー(プログラム実施者)	TAの構成要素として6つ(コミュニケーション、計画、実行、実施体制、課題、分析)が抽出された。その中でも双方向的なコミュニケーションと適度なサービス範囲をもってTAを提供することが重要と考えられた。
7	Technical Assistance: A Comparison Between Providers and Recipients,	Rushovich et al	2015	TA提供者とプログラム実施者との間で、TAのプロセスと実施の障壁についての見解の違いを明らかにする	児童福祉分野のTA提供者12人とプログラム実施者35人	個別インタビュー(TA提供者)、フォーカスグループインタビュー(プログラム実施者)	TAの実施に影響を及ぼす要素は5点(実施準備、関係性、役割定義、組織要因、離職状況)が明らかになった。
8	A Technical Assistance Model for Guiding Service and Systems Change	Le et al	2016	TAのプロセスを具体的に明らかにする	TA提供の経験豊富なソーシャルワーカーなど多職種14人	個別インタビュー	TAを構成する要素を抽出し、概念モデルを提示した。TAは、効果的なパートナーシップによって支えられ、包括的な内容を理解しながら、3つの工程(意思決定、実施、影響の評価)に伴う活動が行われていく過程とされた。

(筆者作成)

一本目の論文は、薬物乱用防止のためのコミュニティプログラムの実施者と TA 提供者に対し、アンケートやインタビューなどを行い、TA を効果的に実施するために必要な要素を明らかにした研究である (Hunter et al 2009)。分析の結果、TA の活動は 6 つの主要な要素 (「コミュニケーション」、「計画」、「実行」、「実施体制」、「課題」、「分析」) から構成されていることが明らかにされた。「コミュニケーション」は、TA 提供者とプログラム実施者双方にとって必要性が高いと認識され、双方向性のあるコミュニケーションが有効と認められた。コミュニケーションの目的は、知識の提供など教育的な目的と、情報の共有に分類された。「計画」と「実行」については構造化されたプログラムを運用するために必要な要素とされており、TA 提供者が中心に行う場合と TA 提供者とプログラム実施者が協働して行う場合があるとされていた。「実施体制」は、TA 実施にあたっての職員配置や資金など必要な資源の準備が整っていることを表していた。「課題」は TA 提供者の知識や経験が十分ではないと成果があげられないことが例示されていた。「分析」は、プログラム実施者の関心度、実施に対する障壁などを把握することを表していた。

二本目の論文は、TA 提供者とプログラム実施者との間で、TA のプロセスと実施の障壁に関する見解の違いを明らかにすることを目的に、児童福祉分野の TA 提供者 12 人とプログラム実施者 35 人にインタビュー調査を行ったものである (Rushovich et al 2015)。インタビューの結果、TA の実施に影響を及ぼす要素として「実施準備」、「関係性」、「役割定義」、「組織要因」、「離職状況」の 5 つが抽出された。「実施準備」とは、TA 提供者とプログラム実施者の両者が、TA を必要とするニーズを理解し、達成目標等を確認するなどの準備を行うことであった。

「関係性」は、両者が円滑なコミュニケーションがとれるようになるための関係づくりを意味していた。「役割定義」は、TA 提供者には多様な役割が求められるため、どの手段を活用して役割を果たすかを提示することを意味していた。「組織要因」は、プログラム実施者の所属組織の体制だけでなく、TA 提供者の組織においても実施に協力的であるなど機能的に働いていることが影響することであった。「離職状況」は、社会情勢に影響を受けるなどして担当職員が離職する場合、TA 実施の大きな妨げになることであった。

論文の三本目は Le ら (2016) によって行われた TA の特性を明らかにするための

調査研究である。彼らは TA 提供の経験が豊富なソーシャルワーカーを含めた多職種専門職を対象にインタビュー調査を行っている。その分析結果をもとに、TA を構成する要素を抽出し、概念モデルを提示している（図 1-7）。

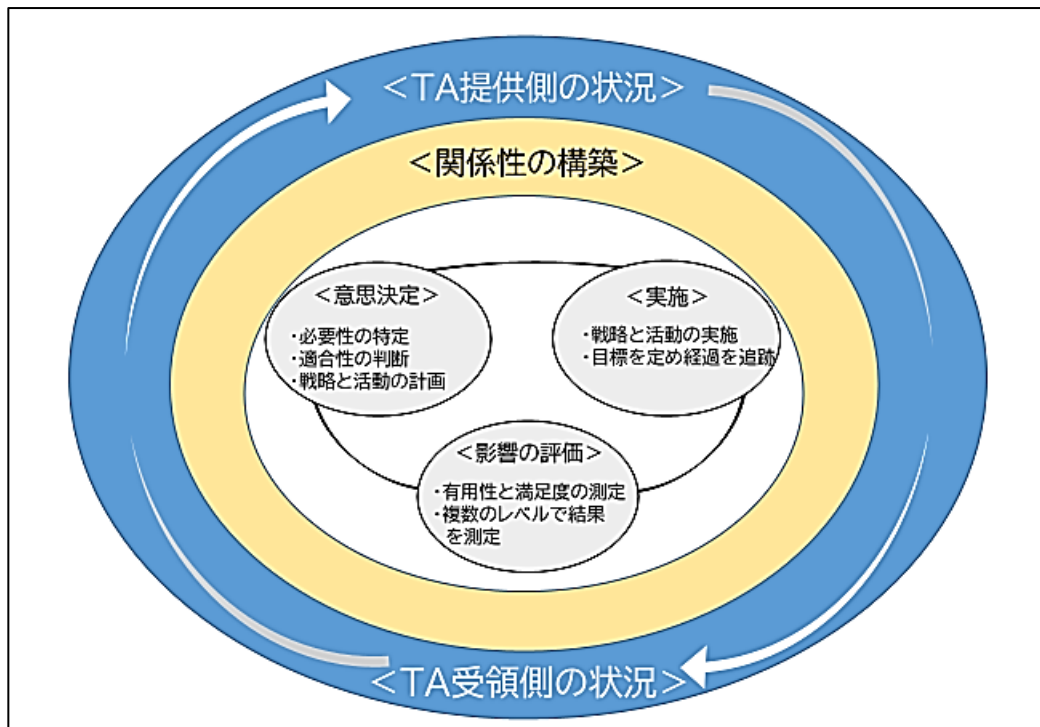


図 1-7 Le ら(2016)が整理した TA の概念モデル（筆者が日本語訳し作成）

まずは、「TA を提供する側と受ける側の状況に注意が払われること」が TA 提供にあたっての基盤に位置付けられていた。具体的には 3 つの要因があげられていた。第 1 は、個人的な要因で、TA 提供者が有する知識と経験の量やプログラム実施者の姿勢や態度などである。第 2 は組織的要因で、組織が TA の意義や価値観を共有していて、特に TA 提供者の組織が実施に協力的で機能的に働いていることが重要とされている。第 3 は環境的要因で、社会情勢による資金難や離職などが TA に影響を与えるとされていた。

次に、「パートナーシップを構築すること」が、TA の成功の重要な要因とされていた。信頼と尊敬の関係性が築けるよう、積極的なコミュニケーションや共感性が必要と示されていた。そのうえで、TA の工程が「意思決定」、「実施」、「影響の評価」の 3 段階であるとされていた。

段階1の「意思決定」は3つの内容から構成されていた。まずは「TAの必要性を特定すること」である。これは、課題の焦点化と事前準備の内容を定めることが含まれる。次に「適応性を判断すること」である。これは、TAのニーズとそのための社会資源などが見合っているかを分析・判断することとされていた。続いて「戦略と活動の計画をすること」である。分析した状況を踏まえ、具体的な支援のプロセスを計画することとされていた。

段階2の「実施」は、二つの内容から構成されている。一つは「戦略と活動を実施すること」であり、もう一つは「目標を定め経過を追跡すること」である。専門知識や技術を提供し、具体的な目標に応じて個別かつ柔軟に行いながらTAを提供することとされていた。

段階3の「影響の評価」は、2つの内容から構成されていた。一つは「TA提供の有用性と満足度を測定すること」であり、プログラム実施者の意見をもとに評価することとされていた。もう一つが「複数のレベルで結果を評価すること」であり、個人の知識や態度、行動の変化、プログラム実施結果、組織のシステムの変化などが例示されていた。しかし、評価方法が受け取り側の知識や態度、スキルの変化に限定されていて、客観的な指標に乏しいことが指摘されていた。

以上のTAのプロセスを明らかにするために行われた上記3本の調査は、いずれも探索的な調査である。それでも、コミュニティベースの組織が行う保健予防プログラムに対してTAの構造を表すための一定の要素は示されたと考えられる。

第6項 県型保健所が市町村に行う技術支援の操作的定義と研究枠組み

県型保健所が市町村に行う技術支援は、法令等に規定され、継続的に取り組まれてきた。しかし、その方法に関する実証的な先行研究は、中土調査と大分県支部調査のみと少なく、技術支援に関する重要な内容が具体的に列挙されてはいたが、構造的には説明されていなかった。

そこで、本論では保健所の精神保健福祉相談員等が行ってきた技術支援が「精神保健福祉コンサルテーション」と捉えられてきたことに鑑み、社会福祉領域におけるコンサルテーションの概念をもとに構造化を試みた。コンサルテーションの定義については、統一された見解はないものの、北本(2014)が先行研究を整理したコンサルテーションの実施過程(4段階)をもとに概念整理を行った。また、

定義については、大島(2015:280)の「異なる専門性をもつ複数の者が、支援対象となる特定の問題状況を検討し、よりよい援助のあり方を共に話し合い、解決することを目的とした協働プロセス」が最もコンサルテーションの過程を踏まえて言い表されていると考えた。ただし、社会福祉領域のコンサルテーションは、実証的な研究がなく、具体的な内容は整理できなかった。

一方、国外では、地域保健領域において他機関を援助するための技法として TA が活用されていた。TA の統一された定義はないものの、先行研究をもとに「外部機関による業務改善や問題解決への効果的な支援に加え、個人や組織等が有する能力や機能を高めるために行う、必要な助言や具体的な支援技法」と整理できた。TA は具体的な実証的研究が行われており、TA を構成する要素が抽出されていて、Le ら(2016)の調査では TA の構造を示した概念モデルが生成されていた。

本研究の主題である県型保健所が市町村に行う技術支援を、コンサルテーションあるいは TA と比較したところ、主に以下の 4 つの特徴を見出すことができた。第 1 は、支援内容である。技術支援は、コンサルテーションのように他機関である市町村の職員や組織が抱える問題の解決に向けて助言を行う技法である。しかし、TA と同じく、助言だけではなく市町村の能力を向上させていくために必要な具体的な援助や支援も行っている。第 2 は、提供主体である。技術支援の提供主体は行政機関であるのに対して、TA は経営コンサルタントや研究所・大学等の機関である。なお、コンサルテーションについては、提供する組織や機関に言及されてはいなかった。第 3 は実施根拠である。技術支援は、法令等で規定された業務として実施するのに対し、コンサルテーションと TA は機関間の契約に基づくものである。第 4 は、支援対象とする業務範囲である。TA はコンサルテーションと比べると実証的な研究が行われているが、調査対象の全てが集団を対象としたプログラムであった。それに対して、技術支援は市町村が行う個別相談や訪問などの個人を対象とした取組みから、普及啓発活動や組織育成、会議運営といった地域を対象とした事業やプログラムまでを対象としていた。このように、コンサルテーションや TA と比較することによって、県型保健所が市町村に行う技術支援には、支援の内容、提供主体、実施根拠、対象の業務範囲に特徴があることが明らかになった。

そこで、本研究では、コンサルテーションと TA の枠組みを手がかりにして、県

型保健所が市町村に行う技術支援を操作的に定義し、研究の枠組みを設定することにした。

まず、本研究における県型保健所が市町村に行う技術支援の操作的定義は、「市町村の精神保健福祉業務の業務改善と課題解決の推進、及び市町村の機能向上を図るための技術的な協力・支援」とした。

続いて、研究の枠組みは、表 1-9 のとおり設定した。

表 1-9 本研究における操作的定義と研究の枠組み

	コンサルテーション	テクニカル・アシスタンス	技術支援
定義	異なる専門性をもつ複数の者が、支援対象となる特定の問題状況を検討し、よりよい援助のあり方を共に話し合い、解決することを目的とした協働プロセス	外部機関による業務改善や問題解決への効果的な支援に加え、個人や組織等が有する能力や機能を高めるために行う、必要な助言や具体的な支援技法	市町村の精神保健福祉業務の業務改善と課題解決の推進、及び市町村の機能向上を図るための技術的な協力・支援
支援構造を表す 枠組み	関係づくり	パートナーシップの構築	関係づくり
	問題の明確化	意思決定：必要性の特定	情報収集のうえ分析・判断
	アセスメント	意思決定：適合性の判断	
	問題解決支援策の策定	意思決定：戦略の計画	支援方針の策定
	実施	実施・追跡	実施の手立て
	評価(終結)	影響の評価	評価
支援の基盤	記述なし	TA提供者と受領者の状況	県型保健所を取り巻く環境

(筆者作成)

まずは、コンサルテーションでの実施過程の「関係づくり」を枠組みに採用した。TAにおいてもパートナーシップの構築は重要とされており、中土調査の結果でも「市町村職員が相談しやすい関係づくり」が抽出されている。

次は、コンサルテーションの「問題の明確化・アセスメント」と、TAの「意思決定：必要性の特定」「意思決定：適合性の判断」をもとに、技術支援では「情報

収集のうえ分析・判断」とした。中土調査の結果では、「市町村の課題を明確にし、取り組みへの支援をする」と、支援の実施までを含めた表現となっているが、石川(2019)は、ソーシャルワーク実践の過程であるアセスメントを「実践を決定する材料を収集し、判断する」とことと定めている。TAでも、実施準備でニーズの特定や目標等が求める内容と見合っているか判断することと、実施は分けられている。以上のことから、「情報収集のうえ分析・判断」の枠組みとして設定した。

続いての枠組みは、「方針の策定」と「実施の手立て」とした。コンサルテーションでは両者は1つの枠組みとされていたが、TAでは別の段階と考えられている。PDCAサイクル(Plan(計画)-Do(実行)-Check(評価)-Action(改善))で捉えれば、支援方針の計画を立てることと、実施方法の手段を定めることでは別の意識が働いていると判断して、2つの枠組みを設けた。

実施過程の枠組みの最後は「評価」とした。地域保健対策検討会では、地域保健対策の推進に向けて、政策評価・事業評価の導入が必要とされていることが指摘され(厚生労働省2012)、今日では、効果的な保健指導の実施や人材育成において、総合的かつ具体的な評価を行うことが必要とされている(厚生労働省2018b)。中土調査の結果では、評価について直接的に表した項目は抽出されていなかった。また、コンサルテーションでは「評価と終結」とされていた。技術支援は契約に基づく実施ではなく、様々な対象業務に対し継続的に行われることが想定されるため、TAで用いられる「評価」の名称を採用した。

最後に、TAにおいて提供の基盤として位置づけられていた「TA提供者と受領者の状況」も研究の枠組みに含める必要があると判断した。この項目は本研究の対象と照らすと「県型保健所と市町村の状況」になる。TAでは、両者についての個人の力量、組織内の体制、社会情勢のことであると示されている(Le et al 2016)。個人の力量に関しては、本章第2節第3項に示したとおり、様々な要因が影響を与えると考えられる。組織内の体制に関しては、鈴木(2021:259)がBarnard, C. Iの定義を参考に、組織を「共通の目的や意図をもった複数の人間による協働システム」と定義している。そのうえで、組織内の協働システムを高めるためには「共通の目的を遂行する過程において、協働する人々が得る満足に依拠すること」が必要であると述べている。Leら(2016)もTAの実施にあたっては、TA提供者の組織が実施に協力的であるなど機能的に働いているかどうかと重要であると指摘し

ている。社会情勢に関しては多様な意味合いが含まれる。それでも、荒木(2010:111-120)が、「要するに公的機関は、法律に従って動く組織体である」と述べるように、行政機関にとって法令等の改正が業務に影響を与える主な要因になると考えられる。本研究の対象が県型保健所に限定していることも考慮したうえで、分析枠組みの名称を「県型保健所を取り巻く環境」とした。

本研究では、上記で示した操作的定義と研究の枠組みをもとに、調査等を進めていくことにする。

第3節 研究課題の設定

本研究の目的は、県型保健所が市町村に行う技術支援の効果的な実践を明らかにし、提供体制のあり方を提起することである。そのための研究課題は次のように設定した。

1) 研究課題1「精神保健福祉領域の法令及び政策等の変遷をもとに、県型保健所が担ってきた役割や業務の動向を整理する」

県型保健所が精神保健福祉領域で担う役割や業務は法令等にどのように位置づけられてきたのかを確認する。市町村から技術支援の要望が高まっても、県型保健所の精神保健福祉業務が法律や制度にどのように位置づけられるかによって、技術支援の運用は左右されてしまう。そこで、県型保健所の役割と業務の変遷を政策レベルで把握するべく研究課題に設定した。

2) 研究課題2「県型保健所における精神保健福祉業務の従事状況を都道府県ごとに明らかにする」

県型保健所の専門職配置についての規定はなく、都道府県の裁量に委ねられている。都道府県ごとに専門職配置に違いがあることは地域特性に応じているとも考えられるが、地域ごとに業務格差が生じているとすれば地域課題としても捉えられる。

そこで、県型保健所の専従職員の配置状況を地域レベルで把握するべく研究課題に設定した。

3) 研究課題3「県型保健所の専門職が市町村に行う技術支援の内容と意識構造を明らかにする。そして、技術支援の意識に影響を与える要因、技術支援の活用度合いに影響を与える要因等を明らかにする」

県型保健所による技術支援は、これまでに実証的な調査がほとんど行われておらず、具体的な方法を示すガイドラインなども提示されてこなかった。そのため、県型保健所の専門職は自らの経験で得た知識や技術に基づいて技術支援を行っており、同僚や後輩等への助言や指導も経験則から導きだされた方法を口伝してき

たのではないかと考えられる。このような属人的な実践知で行われる方法を可視化すべく研究課題を設定した。

以上の研究課題をわかりやすく示すために、以下のとおり図式化して表した(図1-8)。

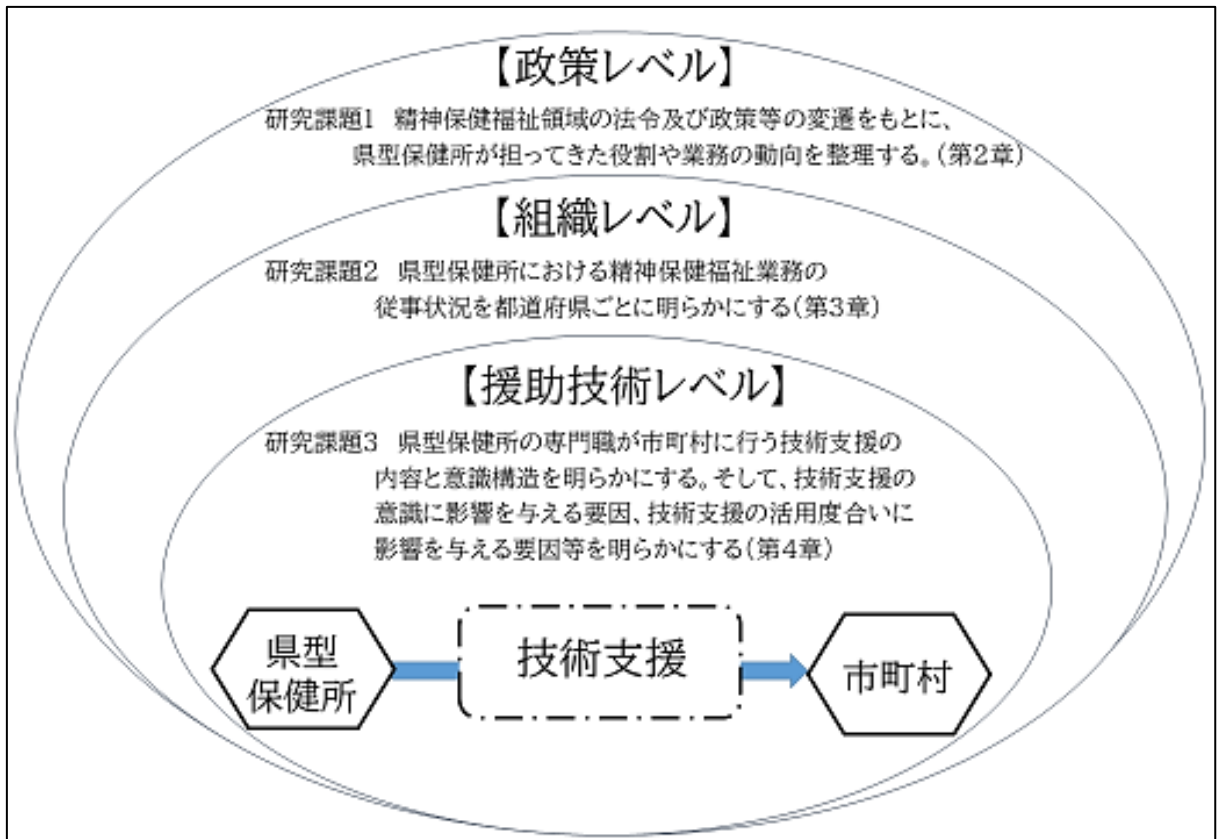


図 1-8 本研究における研究課題設定のイメージ図 (筆者作成)

第4節 小括

本章では、県型保健所と市町村における精神保健福祉業務の概況を整理したうえで、技術支援に関する法令上の規定や関連する先行研究について確認、検討した。

県型保健所は再編や統廃合が進み、その設置数は年々削減されてきた。県型保健所による精神保健福祉に関する相談や訪問指導件数は減少し、技術支援の件数を示す市町村援助も、およそ4分の1にまで減った。その反面、措置入院に関する申請・通報等・届出等は倍増している。これらの精神保健福祉業務を担当する職員については、精神保健福祉法に規定される精神保健福祉相談員の任命が義務規定ではないために、様々な職種によって行われている。

一方、市町村は合併によって市への移行が進んだ。しかし、いまだ町村の数が市町村全体の5割以上を占めるなど、市町村の規模は一律ではなく、人口規模の格差は広がっている。市町村が対応する精神保健福祉に関する相談や訪問指導件数は、県型保健所の対応件数が減少傾向にあることとは対照的に、年々増加している。それでも、専任の精神保健福祉相談員の配置は進んでおらず、多くの市町村が精神保健相談への対応に苦慮している状況にある。

県型保健所には市町村への技術支援は、市町村の精神保健福祉の取り組みの格差是正のために、精神保健福祉法の成立によって業務に位置づけられた。それ以降、精神保健福祉相談員を中心に技術支援の実践は行われてきたが、ガイドライン等はこれまでに策定されてこなかった。

県型保健所による技術支援の概念整理を確認すべく先行研究を検討したところ、技術支援の実践内容はある程度示されてはいたものの、実証的な研究を用いて確立されたものはなかった。そこで、県型保健所が市町村に行う技術支援と類似する援助技術として、社会福祉領域におけるコンサルテーションと地域保健領域におけるテクニカル・アシスタンスの先行研究から概念整理を行い、本論で用いる操作的定義と研究枠組みを設定した。

さらに、精神保健福祉領域の専門職の力量形成に関わる先行研究を概観した。その結果、実務経験年数と研鑽機会の有無が専門職の実践能力に影響を与える示唆を得た。

本研究が目指すことは、県型保健所が市町村に行う技術支援の効果的な方法を明らかにし、さらに実施に必要な提供体制のあり方を提起することである。その目的達成のため、研究課題を3点設定し、具体的に取り組むこととした。

第2章 保健所の役割と業務に関する施策の変遷

精神保健法が改正されて精神保健福祉法となった1995(平成7)年以降、精神保健福祉法は幾度も一部改正が行われてきた。本章では、保健所の役割と業務が市町村の役割等の変化に伴いどのように対応してきたかについて、精神保健福祉政策の変遷をもとに整理する。ここで取り扱う資料の範囲は、精神保健福祉法を主とする法律やこれまでに厚生労働省が発出した通知文書、同省が主催した各種審議会や検討会における資料及び議事録とした。

対象時期の範囲は、精神保健福祉法が成立した1995(平成7)年から、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」の最終とりまとめがなされた2021(令和3)年3月までとし、3期に分けて整理した。

第1期は、精神保健福祉法が成立した1995(平成7)年から2006(平成18)年までとし、「市町村による精神障害者福祉業務移行期」とした。第2期は、2005年改正精神保健福祉法が完全施行された2007(平成19)年から2015(平成27)年までとし、「保健所と市町村による精神保健福祉業務実施期」とした。第3期は、2013年改正精神保健福祉法が完全施行された2016(平成28)年から2021(令和3)年3月までとし、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築期」とした(表2-1)。

表2-1 対象時期の区分

期	時期区分	名称
第1期	1995(平成7)年から2006(平成18)年まで	市町村による精神障害者福祉業務移行期
第2期	2007(平成19)年から2015(平成27)年まで	保健所と市町村による精神保健福祉業務実施期
第3期	2016(平成28)年から2021(令和3)年3月まで	精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築期

(筆者作成)

なお、法令や施策等において、県型保健所と市町村が設置する保健所は一体的に捉えられている。そのため、法令等を引用する場合、「保健所は・・・」と記載される。本研究では保健所のなかでも県型保健所に焦点を当てているが、本章

においてはすべて「保健所」と統一して表記することとする。

本章は、本研究の一環として行った、保健所と市町村の役割や業務の変遷を分析した既出の論文（岡田 2021）を大幅に加筆・修正したものである。

第1節 市町村による精神障害者福祉業務移行期（第1期）

本研究では、精神保健福祉法が成立した1995(平成7)年から2006(平成18)年までを「市町村による精神障害者福祉業務移行期（第1期）」とした。この時期は、1990年代から続いたバブル崩壊による経済情勢の衰退、少子高齢化などの社会変動を背景に、地方分権と市場原理の導入が加速した(萩原 2019:50-51)。社会福祉行政においても、社会福祉サービスの供給方式が措置制度から利用契約制度へと移行する社会福祉基礎構造改革が提起されるなど、地方自治体は大きな転換期を迎えていた(畑本 2012:44-45)。

1995(平成7)年に成立した精神保健福祉法の改正経緯について広田(2007:346)は、「障害者基本法・地域保健法の成立に対応し、精神障害者の社会参加と自立、福祉施策の路線拡大を規定した」と整理している。1993(平成5)年に成立した障害者基本法によって障害者の対象に初めて精神障害が含まれることが明記され、1994(平成6)年に保健所法から改正された地域保健法によって、身近で利用頻度の高い保健サービスが市町村の役割に移行されるようになった。これらが精神保健福祉施策にも影響を与えたとしている。

精神障害者の社会復帰及び福祉施策の推進を図ることを目的とした精神保健福祉法について、池末(1997:50)は「『国民全体』の精神保健の向上と、『精神疾患を有する者』の医療・保健と、『精神疾患を有する者のうち、障害がある者』の福祉を同時に実施する他に例のない法律」と評した。同法の施行によって、精神障害者保健福祉手帳制度や、精神障害者社会復帰施設の4施設類型などの精神障害者への福祉サービスが創設されることとなった。法制定前の検討会では、「身近で利用頻度の高いサービスや他の障害分野の施策と共通するものについては、徐々に市町村の役割として、これを強化していく必要がある」(精神障害者の福祉施策研究会 1995)と、市町村が精神障害者の社会復帰施策の業務を担うことが提起されていた。しかし、当時の国会答弁において、「市町村は(精神障害者対策について)なじみが薄いという面のあることは否定できない」(括弧内は筆者追記)と発言されるなど、都道府県から市町村への業務移管は時期尚早と判断され、精神保健福祉業務の支援主体は保健所に据え置きとされた(広田 2007:282-283)。

1998（平成10）年に、厚生労働省は、公衆衛生審議会精神保健福祉部会内に「精神保健福祉法に関する専門委員会」を設置した。これは、1995（平成7）年に成立した精神保健福祉法の附則で設けられた施行後5年以内の見直し規定を受けてのものであった。同委員会の報告書において、「都道府県中心の体制から市町村を中心としての精神障害者の福祉施策を推進する体制を整備する必要がある」と記され、都道府県単位による支援体制からの転換が初めて提起された（公衆衛生審議会精神保健福祉部会 1998）。翌1999（平成11）年に公衆衛生審議会がとりまとめた意見書「今後の精神保健福祉施策について（意見）」には、提起された内容を追認した形で法改正にあたっての意見具申がされた。この意見書等を基礎として、1999（平成11）年の精神保健福祉法一部改正法案が作成された。

1999年精神保健福祉法改正の施行時期は、2000（平成12）年の一部施行（以下、前期施行とする）と、2002（平成14）年の完全施行（以下、後期施行とする）の2段階に分けられた。前期施行分は、権利擁護に関する審査会、精神保健指定医、社会復帰施設の整備・運用基準の法定化に関するもののほか、医療保護入院等のための移送制度が新設され、精神障害者社会復帰施設に精神障害者地域生活支援センターが加わった。後期施行分では、通院医療費公費負担制度と精神障害者保健福祉手帳の申請窓口が保健所から市町村に移行した。社会復帰施設や各種事業の調整等の実施主体も市町村に変更され、精神障害者地域生活援助事業にホームヘルプとショートステイを加えた精神障害者居宅生活支援事業が市町村を実施主体として開始された。

保健所から市町村への業務移譲にあたって、「精神保健福祉法に関する専門委員会」の報告書では、市町村は「精神障害者に対する福祉サービス事務をほとんど取り扱っておらず、精神保健福祉行政に関する専門的知識や技術を十分に有していないため、訪問介護事業の運営に支障をきたす恐れがある」と記された（公衆衛生審議会精神保健福祉部会 1998）。そのため、精神障害者福祉業務は身近な市町村で行うことが望ましいとされたものの、「比較的専門性を必要としない」と考えられた通院医療等に関する事務から業務移譲が進められた。一方で、「広域的調整を要する専門性の高い業務」と考えられた社会復帰施設に関する事務は、都道府県の業務として残された（全国精神障害者社会復帰施設協会2002:93）。

後期施行前の 2001(平成 13)年時点では、市町村の約 4 割は何らかの精神保健福祉業務を実施していた(高岡ら 2003)。しかし、市町村は精神保健福祉の専門知識の不足が問題として指摘され(角田ら 2004)、質・量の面で市町村間の格差が生じたり、身体障害・知的障害と比べて障害種別間の格差などが指摘されたりと課題が山積していた(全国精神障害者社会復帰施設協会 2002:100)。

当時の市町村の体制整備状況については、全国精神保健福祉センター長会と全国精神保健福祉相談員会(2004)が市町村における担当窓口・専任職員の配置状況の調査を行っている。2003(平成 15)年 1 月 1 日時点において、保健所を經由して回答を得た 2,904 市町村のうち、138 市町村(4.8%)が精神障害者居宅生活支援事業の体制を整備できていなかったこと、また、2,369 市町村(81.6%)が精神保健福祉業務の専従職員を配置していなかったということを明らかにしている(全国精神保健福祉センター長会・全国精神保健福祉相談員会 2004)。このことから、都道府県から市町村への業務の移譲は比較的慎重に行われたものの、体制整備に苦慮する市町村が少なからず存在したことがうかがえる。法改正に併せて定められた、1999(平成 11)年 5 月 21 日付け参議院附帯決議に、都道府県の役割として「市町村を中心とする在宅福祉サービスの充実が図られるよう、財政的な支援を行うとともに、専門的・技術的な支援を行うこと」が盛り込まれ、保健所に市町村への技術支援を行うことが求められた。保健所は市町村が抱える課題の解消に向けて、研修会の実施や家庭訪問などの共同実施、事例検討会の開催など、市町村に積極的に関与した(高岡ら 2003 ; 安武ら 2005)。

2002(平成 14)年 12 月には、2003(平成 15)年から 10 年間の障害者施策の基本的方向を定めた障害者計画と、重点施策実施 5 か年計画が実施されたことを受けて、社会保障審議会障害者部会精神障害分会から報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」が発出された。ここで示された基本的な施策の方向性は、「受入条件が整えば退院可能」な約 7 万 2 千人の入院患者の退院・社会復帰を図ることと、「他の社会保障施策との連携を進めるとともに、国、都道府県、市町村、関係機関、地域住民などの多様な主体が総合的に取り組む」地域生活支援体制を構築することであった(厚生労働省 2002)。その後、厚生労働大臣を本部長とし、厚生労働省の各部局で組織された精神保健福祉対策本部が発足され、2003(平成 15)年 5 月に「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」が中

間報告としてまとめられた。それから厚生労働省内のいくつかの検討会結果を踏まえ、2004(平成16)年9月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が策定され、「入院医療中心から地域生活中心へ」の政策理念が打ち出された。さらに、今後10年間の精神保健医療福祉体系の再編の基盤強化を見据えるために「改革の基本的方向と国の重点施策群」が4点掲げられ、その一つ「地域生活支援体系の再編」において、初めて自治体による重層的な支援構造の確立を進めることが提起された。(表2-2)

表2-2 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」((3) 地域生活支援体系の再編
②施策の基本的方向)の一部抜粋

相談支援体制については、市町村による相談支援体制を基礎に、障害保健福祉圏域、都道府県の3層構造(基本的な生活圏域を考慮すると4層構造)の体制を標準として、 <u>重層的な相談支援体制</u> の下、個々の障害者の処遇については、総合的な自立生活支援計画を策定する仕組みを導入する。
--

注：下線は筆者による。

ここで、都道府県の役割としてあげられた内容は主に、市町村間の広域調整、専門性の高い事例の参与、判定等の実施、人材育成、規模が小さな市町村への関係事務の共同実施など市町村を支援する機能を高めることが主であった。これらの内容は厚生労働省障害保健福祉部が示した「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」にも示された。

2005(平成17)年には、障害者施策に係る支援費制度の維持が財政的な問題で難しくなったことを契機に、厚生労働省自らが障害種別を超えた制度体系案を提示し、障害者に関するサービスを包括的に提供する障害者自立支援法案を国会に上程した。同法は従来の障害福祉各法のサービス部分と関連していたため、その成立に併せて精神保健福祉法も一部改正された。精神保健福祉法では、それまでに精神保健福祉政策における検討を重ねていたため、福祉サービスに関する改正に加え、精神保健医療に関する改正も併せて行われた。

2005年精神保健福祉法改正では、精神分裂病が統合失調症に改称され、精神科

病院の指導監督体制や各種入院にかかる規定が見直され、保健所と市町村に関する精神保健福祉業務も改正された。相談支援体制については、市町村において精神障害者福祉に関する相談等が義務化され、精神保健に関する業務も努力義務とされた。また、通院医療の公費負担制度と精神障害者社会復帰施設及び精神障害者居宅生活支援事業などの精神障害者福祉業務が障害者自立支援法への移行に伴い精神保健福祉法から削除された。

市町村には精神障害者の相談支援事業の役割が付与された。これまでの自治体による公的な運営とは異なり、支給量の決定権は市町村にあるものの、運用に関する裁量は相談支援事業所が担う仕組みに変更された（萩原 2019：81）。一部の市町村では相談支援体制を整備しないまま、委託先の法人に相談支援事業を一任しているところも見られた（日本精神保健福祉士協会編 2003:160）。そのような状況に鑑み、2006(平成 18)年、厚生労働省は都道府県に対し、「管内市町村に対する働きかけや広域調整、さらには技術的支援について、格別のご協力をお願いしたい」と、市町村への補完・支援を求めた（厚生労働省 2006）。保健所は、地域で行われる精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、精神障害者への相談支援を行いつつ、市町村専門職の研修や支援体制づくりへの協力など、市町村のサービス体制拡充のための支援も求められた（助川 2006:45）。

第 2 節 保健所と市町村による精神保健福祉業務実施期（第 2 期）

本研究では、2005 年改正精神保健福祉法が施行された 2006（平成 18）年から 2015（平成 27）年までを「保健所と市町村による精神保健福祉業務実施期（第 2 期）」とした。

2006（平成 18）年に障害者自立支援法が施行され、わが国の障害者施策は抜本的に見直された。精神保健福祉業務に関しては、これまで精神医療・精神保健・精神障害者福祉を一つの法律で一体的に施行していたが、精神医療と精神保健に関する内容は精神保健福祉法で、精神障害者福祉に関する内容は社会復帰施設に関する一部の事務を残して障害者自立支援法で扱われることとなった。

患者調査による推計精神疾患患者数が 300 万人を超えた 2008（平成 20）年、厚生労働省は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の後期 5 か年の重点施策群の策定に向けて、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」を立ち上げた。同年 12 月、障害者自立支援法施行後 3 年の見直しを進めていた「社会保障審議会障害者部会」で、その中間まとめが報告された。このなかで、精神障害者の地域生活移行等の推進体制を強化することや、精神科救急医療を制度に位置付けること、自治体における相談支援体制を明確化することなどが改善点として記された（厚生労働省 2008b）。「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」は、概ね 1 年半の検討の末に最終報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」をとりまとめ、改革ビジョンの後期 5 か年の政策を具体的に定めた。同報告書において、保健所と市町村の精神保健業務の現状が表 2-3 のように記載された。

表 2-3 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(IV 精神保健医療福祉の改革について 1. 精神保健医療体系の再構築 (1) 現状) の一部抜粋

- これまで保健所がその（地域における精神保健福祉の）中心的な機関として位置づけられてきている。保健所は訪問による支援等を通じた精神障害者の早期治療の促進、心の健康づくりに関する知識の普及啓発や家族・精神障害者本人に対する教室の実施等を通じた地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を行うこととされている。
- (前文省略) 訪問による支援や危機介入等のこれまで保健所が主に担っていた地域保健活動の機能が低下しているとの指摘もある。
- 市町村における精神障害者に関する相談の実施件数は増加しており、市町村は、精神障害者福祉に関する相談のほか、精神保健に関する相談においても、医療に関する事例や複雑困難な事例等において保健所と連携を保ちながら、その役割を担っている。

(括弧内は筆者が追記)

保健所が地域における精神保健福祉の中心機関として、その役割の維持を期待されるなか、機能低下が初めて指摘された。一方で、市町村は精神保健福祉業務を担ってきていることが示された(厚生労働省 2008c)。当時の保健所は、既定の精神保健福祉業務に加え、2006(平成 18)年に障害者自立支援法の都道府県地域生活支援事業の一つに位置付けられ必須事業となった精神障害者退院促進支援事業に関連した体制整備業務、2006(平成 18)年に施行された自殺対策基本法に基づく自殺対策関連の業務に力点が置かれていた(畑下ら 2008; 宮崎 2008)。また、2005(平成 17)年に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」が施行されたことで、同法対象者への援助などの役割も加わった。このように保健所の業務範囲は拡大したが、人員が相応に増えなかったために、一部の保健所では必要な業務が十分実施できない状況が生じていた(全国精神保健福祉相談員会 2006:8)。

今後、地域で取り組むべき施策として、未受診者や治療中断者への相談・訪問や長期入院者への地域生活移行に向けた仕組みの導入が提案されると、「市町

村、保健所、精神保健福祉センターが、役割分担と連携をして、地域の連携体制を充実させていくこと」が改革の具体像の一つとされた。しかし、市町村、保健所の役割のあり方は最後までとまらず、今後の検討課題に挙げられた（厚生労働省 2009）。

2009（平成 21）年、障害者権利条約の締結に必要な国内法の整備等を目的に、内閣府に「障がい者制度改革推進本部」が設置された。新政権のもとで、障害者自立支援法から新法への制定をめざす論議が開始されると、その翌年には、新法が成立するまでの当面の課題に対応することを目的とした、「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」が成立した。これによって、障害者自立支援法や児童福祉法等に加え、精神保健福祉法も併せて改正された。

精神保健福祉法の改正内容は、都道府県に精神科救急医療体制の整備が努力義務として課されたほか、同法第 47 条「相談指導等」のなかで、精神保健福祉センターと保健所が福祉に関する相談で他機関と連携を図る条文が削除され、新たに市町村が精神保健福祉センターと保健所とともに精神保健福祉に関する相談や指導に関して関係機関と連携を図ることが努力義務規定となった。

2010（平成 22）年 6 月、「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」が閣議決定され、これに基づき、障害者基本法の一部改正法案や障害者自立支援法に代わる「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」などが順次、国会に上程された。障害者制度の見直しの項目にあげられた精神医療における 3 つの検討（①社会的入院の解消に向けた検討、②保護者制度の見直しを含めた強制入院等の検討、③精神科医療現場の人員体制充実のための検討）を進めるために、厚生労働省は「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」と、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を立ち上げ、2012（平成 24）年中に各々とりまとめを発出した。それらの検討結果を具現化すべく、精神保健福祉法の一部改正法案が 2013（平成 25）年に単独の法案として国会に上程され、成立した。

法改正の主な内容は、同法で規定する保護者の条文が削除され、退院後生活環境相談員の配置と医療保護入院者退院支援委員会の開催を義務化する規定が設け

られたことと、厚生労働大臣による精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（以下、「精神医療確保指針」という。）を定めること等であった。保護者制度の廃止や医療保護入院制度の改変に伴い、保健所と市町村に医療保護入院制度に関連した業務が追加された。厚生労働省から省令、通知、細かい運用のガイドラインに相当する「Q&A」が関係機関に次々に発せられたため、自治体を含めて現場は慌ただしい雰囲気にも包まれた（太田・岡崎 2014:186）。

2013(平成 25)年 7 月、厚生労働省は精神医療確保指針の策定に向けて、社会保障審議会障害者部会のもとに「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」を立ち上げた。同検討会における最終案は 2013(平成 25)年 12 月にとりまとめられ、翌年 3 月、精神医療確保指針は厚生労働省告示第 65 号として公布された。この策定経過において、当初の指針（叩き台案）には都道府県や保健所の役割は明記されていたものの、市町村の役割は含まれていなかった（厚生労働省 2013a）。その後、検討会の構成員からの指摘等によって反映された市町村の役割には、「心の健康づくりや精神保健に関する相談への対応を保健所等と協力しながら努めること」、「障害福祉サービスや介護サービスの必要な者への提供体制を確保すること」や、「高齢者への相談対応等によるサービス利用に関する相談に対応すること」が示された。一方、保健所は「相談支援や訪問指導を通じた精神障害者等への知識の普及や治療の説明」や「重度の精神疾患を有する精神障害者への医療の提供に係る支援」、「措置入院者の支援への積極的関与と退院に向けた支援の調整」など、地域における精神保健の中核的な役割を担うこととされた（厚生労働省 2014b）。この検討会の第 5 回（2013(平成 25)年 9 月 30 日開催）に構成員から保健所について、統廃合により精神保健に関する活動が低下していることへの心配、市町村など関係機関との連携強化への期待が意見としてあげられた（厚生労働省 2013b）。第 6 回（2013(平成 25)年 10 月 17 日開催）には「（保健所等業務運営要領に記載されている内容は）既に現場（の実施状況）とかけ離れている印象がありまして、早急な見直しが必要だと考えます」（括弧内は筆者追記）と、業務内容や役割分担などを抜本的に見直すように提案された（厚生労働省 2013c）。最終的に、保健所の役割の一つに「保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等のほかの関係機関の在り方も含めて検討し、当該検討に基づく方策を推進する」ことが付記されることになった（厚生労働省 2013c）。

働省 2014b)。

2014(平成 26)年の精神医療確保指針が策定された後、保健所と市町村の業務状況を把握するため、桑原(2015)と山本(2015)がそれぞれ調査を実施した。桑原は、保健所の役割について、精神科救急医療の確保、精神科医療機関の適正な質の確保に加え、市町村が対応に苦慮する困難事例への支援をあげている(桑原 2015)。特に、精神障害者への地域移行・地域定着支援が、障害者自立支援法改正により市町村を実施主体とする障害福祉サービス(自立支援給付)に移行し、保健所には、市町村が滞りなく業務を遂行できるよう後方支援することが求められた(厚生労働省 2013d)。山本の調査結果では、市町村のおよそ7割が精神障害者福祉業務に加え、精神保健業務の実施主体にもなっている現状が示された。それを受けて、市町村が行う精神障害者等への支援に格差が生じぬように、技術支援や研修の提供などを十分に行えるための保健所の実施体制を整える必要性が提起された(山本 2015)。

第3節 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築期（第3期）

本研究では、2013年改正精神保健福祉法が完全施行した2016（平成28）年から、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」が終了した2021（令和3）年3月までを「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築期（第3期）」とした。

2016（平成28）年は、「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律（障害者総合支援法）」の完全施行、改正自殺対策基本法や障害者差別解消法の施行など、精神障害者等にかかわる法律改正が積極的に行われた年であった。精神保健福祉法については、2013年改正の則第8条に「施行後3年を目途とし、検討により必要が認められた場合は、所要の措置を講ずる」が付記されていたため、厚生労働省は法改正の必要性を議論するべく、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」を催した。計17回に及ぶ検討会及び分科会で、精神保健医療福祉施策における今後の取組みの方向性が議論された。

2017（平成29）年2月に提出された報告書には、これまでの「入院医療中心から地域生活中心へ」の政策理念に代わり、新たに精神包括ケアシステムの構築が掲げられた。加えて、前回法改正の附則として盛り込まれた医療保護入院制度の運用に関する事項、2016（平成28）年7月に発生した障害者支援施設での障害者殺傷事件を契機とした措置入院に係る制度改正、さらには、精神保健指定医の指定取消問題から派生した制度見直しなど幅広い内容が含まれた。同報告書に示された地方自治体の役割を抽出すると、市町村を主とする内容は医療保護入院制度に関する市町村長同意の運用に関することに限られており、それ以外は都道府県や保健所に関する内容であった。具体的には医療導入を検討するための訪問、措置入院制度における退院後支援に関する業務は、保健所が中心的な役割を担うことと明記された。検討会の中では、保健所の人員体制の充実を含めた機能強化を求める意見が構成員からあがり（厚生労働省 2016a）、同報告書には、「国の支援のもと、保健所や精神保健福祉センターの人員体制の充実や専門性の向上を図る必要がある」と記された。しかし、保健所への具体的な機能強化策は示されず、残された課題の一つに含まれた（厚生労働省 2017a）。

これまで厚生労働省が主催した検討会の検討結果を踏まえ、2017(平成 29)年 2 月に精神保健福祉法の一部改正案が上程された。同法案は参議院において一部修正の上で可決されたうえに、参議院厚生労働委員会から 18 の附帯決議がなされた。附帯決議のなかには、保健所の体制強化を図るための措置を講ずることが含まれていた(表 2-4)ものの、衆議院の解散に伴い廃案となった。

表 2-4 「第 193 回国会参議院厚生労働委員会による精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案に対する附帯決議 (平成 29 年 5 月 16 日)」の一部抜粋

九、地域における精神保健医療福祉の中核となる保健所の役割と重要性を改めて認識するとともに、その体制強化が着実に図られるよう、都道府県等に対する支援について検討し、保健所運営に係る十分な措置を講ずること。また、保健所がその役割を十分に果たせるよう、必要に応じ、保健所の運営や体制等について、調査、検証すること

注：下線は筆者による。

法案が廃案となったため、厚生労働省は現行法の範囲で新たな政策を推進していくことになった。同省は 2018(平成 30)年 3 月に、措置入院者を対象とした退院後の継続的な支援の仕組みを新たに導入するため、「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」を発出した。このガイドラインには保健所の役割が記載され、保健所に求められる業務範囲はさらに拡大した。具体的には、措置入院者への退院後支援に関して、保健所が中心となって措置入院中・措置解除時における「退院後支援計画の作成」や「調整会議の開催」、「退院後支援全体の調整」などを行うこととされた(厚生労働省 2018a)。この内容を受け、各都道府県では、保健所が主となり措置入院者一人ひとりを支援するシステムを導入すべく、事業化した。国はその事業の遂行に十分な人員体制を確保する目的で、2017(平成 29)年度から保健所及び精神保健福祉センターに必要な精神保健福祉士を配置するための財政措置を講じた(厚生労働省 2017b)。しかし、塚本(2019)の調査によれば、2017(平成 29)年度以降に精神保健福祉士が増員された保健所は 18 保健所(5.8%)のみであった。

また、2018(平成30)年には精神保健福祉関係領域の基本的計画が一斉に改訂された。精神包括ケアシステムの構築に向けて、第7次医療計画には、入院患者数等に応じたサービスの基盤整備量の目標が明確に設定され、第5期障害福祉計画には、長期入院患者数の減少とそれに必要な地域生活支援サービスの充実が成果目標として定められた。これらの計画の達成が行政機関としての優先事項となった。厚生労働省は、2017(平成29)年4月から都道府県等に対する補助事業「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」を始め、先行自治体の実践を掲載した手引きも作成し(日本能率協会総合研究所 2020)、行政機関の取り組みを推進させるために尽力した。しかし、第5期障害福祉計画において精神包括ケアシステムの成果指標の一つであった、各圏域と各市町村が地域課題の具体的な検討をする協議の場の設置状況は、2019(令和元)年10月時点で、都道府県単位 72.3%、障害保健福祉圏域 46.8%、市町村 35.1%と低調であった(厚生労働省 2020)。厚生労働省は、想定通りに取組みが進んでいない状況を問題視し、2020(令和2)年3月に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」を立ち上げた。

翌年(2021年)3月に取りまとめられた最終報告書では、精神障害者等の支援体制は、「日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある」と、市町村が精神包括ケアシステム構築の基本圏域となることが明記された。そこに、保健所と精神保健福祉センターが、市町村と重層的に連携して支援体制を構築することとされた。同検討会では、人口規模の違いにより市町村の精神障害者への支援体制に格差が生じていること、どの市町村でも精神保健福祉相談業務を直接実施することとなり、業務がひっ迫している現状が指摘された(厚生労働省 2020b)。そのため保健所は、市町村間で精神保健福祉業務のばらつきが生じぬように補完的な役割を担うことが強調された。具体的には、「訪問などによる個別支援での市町村との協働」や「関係機関との連携を含む医療に関する事項の調整」、「管内の市町村や関係機関に対する研修の実施」、「圏域単位での協議の場の企画・運営と市町村における協議の場の企画・運営の支援」が取り組みの例として示された。一方、保健所の業務実施状況についても、措置入院への対応業務や災害や感染症の対応等の業務の比重が高まっているため、「個別支援から協議の場の開催等多岐に渡る業務を行うとともに、重層的な連携による支援

を構築するためには、十分な人材確保が必要である」と、職員増員の必要性が提起された（厚生労働省 2021）。

第4節 小括

本章では、1995(平成7)年に成立した精神保健福祉法から、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に関する検討会」報告がまとめられた2021(令和3)年3月までの間、市町村と保健所が政策的に求められた役割と業務の経緯について、精神保健福祉施策の動向をもとに整理した。全3期に分けた市町村と保健所の役割と業務の主な内容について、表2-5のとおりまとめた。

表2-5 3期ごとの市町村と保健所に求められた役割と業務

	第1期(1995-2006) 市町村による精神障害者福祉業務移行期	第2期(2007-2015) 保健所と市町村による精神保健福祉業務実施期	第3期(2016-2021.3) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築期
市町村に求められた役割と業務	・精神障害者福祉業務の実施主体となる	・地域移行支援、地域定着支援の実施主体となる ・精神保健相談は保健所等と協力して実施	・精神包括ケアシステムの基盤として、市町村を主体とした重層的な連携による支援体制を構築
保健所に求められた役割と業務	・地域における精神保健福祉の中心機関 ・市町村の在宅福祉サービスの充実に向けた技術支援	・精神障害者等への医療提供の支援など、地域精神保健の中核的な役割 ・措置入院者への積極的関与と退院支援 ・市町村が対応に苦慮する業務への技術支援	・地域精神保健の中核的な役割 ・措置入院者への退院後支援等が追加 ・精神包括ケアシステムの推進に向けた市町村業務への技術支援、圏域の協議の運営、人材育成

(筆者作成)

市町村は、精神保健福祉法等が改正されるにつれて、精神保健福祉の役割と業務が拡大してきた。今日では、精神包括ケアシステムの基盤として、精神障害者等への重層的な支援体制の構築が求められている。しかし、市町村における精神保健福祉業務の範囲の拡がりに対応しきれず、必要な支援体制を築くことができない市町村が現れることが懸念されていた。

保健所は、精神障害者福祉業務が市町村を主体として行われるようになって以降、心の健康づくりや訪問支援による早期治療の促進など精神保健業務を総合的に担うことが規定された。近年では措置入院者への退院後支援などが事業化されるなど、新規の業務が追加された。

市町村の行う業務範囲が拡大するに伴って、保健所の業務には、市町村への技術支援が位置付けられてきた。今日においても、市町村を基盤とした精神包括ケアシステムを推進していくため、保健所から市町村への技術支援のさらなる充実・強化が求められている。しかし、保健所の精神保健福祉業務担当職員は、近年、措置入院に関する業務など緊急的な対応に追われている。措置入院に関する業務等は、あらかじめ計画を組んで行う業務より優先して行わなければならない。このような緊急対応の頻発により、住民への相談援助や市町村への技術支援などの業務が十分に行えなくなっていることが指摘された。

このように、保健所の役割と業務は、市町村の役割や業務の変化に応じるように示されてきたが、一方で、国の検討会では保健所業務の機能低下が指摘され続けている。保健所の機能強化は「残された課題」とされながら、政策として具体的な対応策が十分に講じられないまままきていることが確認された。

第3章 県型保健所の専門職配置状況に関する調査

第1節 調査目的

本章では、県型保健所における精神保健福祉業務を専従で行う専門職職員（以下、「専従職員」という。）の配置状況を都道府県単位で体系的に分類し、精神保健福祉業務の実施状況（以下、「業務実施状況」という。）の傾向を明らかにする。これは、研究課題2「県型保健所における精神保健福祉業務の従事状況を都道府県ごとに明らかにする」に該当する。

なお、本章の調査に用いるデータは、公表されている調査を活用している。また、本章の調査結果はすでに公表したが（岡田 2020）、本研究の一部として実施したものであり、ここに改めて記したい。

第2節 調査方法

第1項 分析対象としたデータ

分析対象とした調査は表3-1にある、既に公表済みの2種類の調査データとした。一つは、2004(平成16)年に全国精神保健福祉センター長会と全国精神保健福祉相談員会がとりまとめた「全国精神保健福祉専任従事者調査報告書(2004[平成16]年1月1日)」(以下、「2002年度データ」という。)である。この調査は2002年度における都道府県及び市町村の精神保健福祉業務における専従職員を把握するために行われた。その調査のうち、県型保健所を対象とした配置状況の結果を使用した。もう一つは、2019(令和元)年に報告された「精神科救急及び急性期医療における自治体及び医療機関の連携等の地域体制のあり方に関する研究」の個票データの一部(以下、「2018年度データ」という。)である。この調査は各都道府県精神保健福祉主管課及び全国の保健所あてに実施したものである。その調査のうち、県型保健所が回答した精神保健福祉業務の専従職員の配置状況に関する項目を使用した。

表3-1 分析対象とした調査

データ名	作成時期	名称	調査時期	回答数(%)	調査項目	主な結果
2002年度データ	2004年1月	全国精神保健福祉専任従事者調査報告書(2004[平成16]年1月1日)	2003年1月(2002年度)	都道府県44(93.6%)	管内市町村数、管内人口、専従職員の職種区分と人数(常勤・非常勤)など	県型保健所446か所、156支所のうち、479か所に1,170名の専従職員が配置されていた。その内訳は、保健師が60.0%、福祉職が18.0%、心理職が4.2%、事務職が14.0%、その他が3.5%であった。
2018年度データ	2019年3月	精神科救急及び急性期医療における自治体及び医療機関の連携等の地域体制のあり方に関する研究報告書	2018年4月(2018年度)	県型保健所236(65.6%)	専従職員の職種区分と人数(常勤・非常勤)、相談員の任命など	県型保健所の92.8%に常勤の専従職員が配置されていた。職種は保健師64.6%、精神保健福祉士13.6%、事務職11.5%、その他専門職が5.1%であった。専従職員のうち、相談員の任命を受けている割合は26.9%であった。

第2項 調査仮説

本調査では二つの仮説を立てた。第1の調査仮説は「2018年度における県型保

健所の専従職員配置状況は 2002 年度と比べて変化している」（以下、「仮説 1」という。）とした。

第 2 の調査仮説は「業務実施状況は専従職員の配置状況の違いによって異なる」（以下、「仮説 2」という。）とした。

第 3 項 分析方法

1) 分析対象

2018 年度データの結果のうち、回答保健所数が同一都道府県内に配置されている県型保健所数の 50% 未満であった都道府県を分析対象から外した。理由としては、管轄人口規模によって専従職員の人数は異なるが、専門職の配置は各都道府県の定める職員配置基準に則って行われる。本研究は職員数ではなく専門職の配置状況に焦点化しており、50% 以上の回答があれば都道府県ごとの傾向は把握できると考えたためである。併せて、2002 年度データの結果のうち、未回答であった県と、特別区保健所の数値が含まれていた東京都を除外した。なお分析上、東京都を除くことにするが、都道府県という文言はそのまま使用することとする。

2) 回答項目の調整

2002 年度データと 2018 年度データでは、回答項目で選択できる職種名に違いがあるため、表 3-2 のとおり調整を行った。

表 3-2 2002 年度データと 2018 年度データにおける回答項目の調整

データ名	2002 年度データ	2018 年度データ	本調査
項目名	保健師	保健師・看護師	保健師
	福祉	精神保健福祉士	福祉専門職
		社会福祉士	
	心理	心理技術職	その他専門職
	その他専門職	医師	
		その他専門職	その他専門職
事務	事務職	事務職	

3) 分析方法

仮説1を検証するため、まず、2種類のデータから算出された1保健所あたりの平均職員数を比較した。

仮説2を検証するため、第1段階として2種類のデータから「都道府県名」と「専従職員数の平均値」のクロス集計表を作成して、階層型クラスター分析(Ward法、ユークリッド距離)を行った。2変数の構成要素間の関係をもとに、専従職員の配置状況を類型化し、2時点の変化を検証した。第2段階として、2018年度データを用いて、専従職員の配置状況で類型化したタイプごとに、地域保健報告に掲載されている精神保健福祉業務の各項目の平均値を算出し、多群間の差の検定を行った。

多群間の差の検定に係る具体的な分析手順を示す。

手順1 保健所の精神保健福祉業務に関する統計(相談、訪問指導、電話、家族教室、地域交流会、組織育成支援、研修会、市町村援助)を用いて、2018年度データで回答があった各保健所における専従職員1名あたりの実施件数を計算した。なお、分析当時、公表されていた最新のデータが2017(平成29)年度であるため、その数値を取り扱っている。

手順2 再計算するにあたって、回答保健所のなかには専従職員を「0」と回答している保健所が散見された。その理由として、例えば管轄人口が小規模な保健所であれば一人の職員が様々な業務を兼任しており、精神保健福祉業務の割合が全体の3/4以上とならないために、元調査の回答としては計上できないことがあり得る。しかし、実際は精神保健福祉業務を担う職員は存在する。そこで本研究では専従職員数を「0」と回答した保健所は便宜上「1」として処理することとした。

手順3 再計算した業務統計の結果について、専従職員配置状況をクラスターごとに分類し、それぞれの平均値を算出した。その結果に対しShapiro-Wilkの検定を行ったところ非正規分布であり、さらに外れ値も含まれていた。このことから、検定方法は、Kruskal-Wallis検定による多群間の差の検定を用いた。

上記分析を行う際、上記「1)分析対象」で述べた通り、2018年度データの結果のうち、回答保健所数が同一都道府県に配置されている県型保健所数の50%未満であった都道府県と、2002年度データの結果のうち、未回答であった都道府県

と、特別区保健所の数値が含まれていた東京都を除いた。その結果、34 都道府県 (200 保健所) が分析対象となった。なお、すべての分析処理にあたっては、IBM SPSS Statistics 26 を用いた。

第 4 項 倫理的配慮

本研究を実施するにあたり、2018 年度データに関しては、研究代表者の杉山直也氏から個票データの提供について許可を得た。本研究はルーテル学院大学の研究倫理委員会の承認を受けた (2019 年 8 月 1 日承認 19-01)。

第3節 調査結果

第1項 1 保健所あたりの平均職員配置数

2018年度データと2002年度データそれぞれの結果における職種別の平均配置数は、表3-3のとおりである。2018年度の専従職員における職種別の平均配置数は「保健師」が1.83人、「福祉職」は0.68人、「その他専門職」は0.25人、「事務職」は0.32人となり、全職種合わせた人数は3.07人であった。一方、2002年度では「保健師」が1.37人、「福祉職」は0.55人、「その他専門職」は0.17人、「事務職」は0.37人で合計2.46人であったことから、2018年度の専従職員配置数は2002年度より0.61人分上回っていた。

表3-3 職種別の平均配置数

年代	項目	保健師	福祉職	その他専門職	事務職	合計
2018年度	総数	366	135	50	63	614
対象保健所数：200	平均値	1.83	0.68	0.25	0.32	3.07
2002年度	総数	459	183	57	124	823
対象保健所数：335	平均値	1.37	0.55	0.17	0.37	2.46
平均値の差(2018-2002)		0.46	0.13	0.08	-0.06	0.61

第2項 都道府県ごとの専門職の配置状況

2002年度データと2018年度データそれぞれの「都道府県」と「専従職員数の平均値」の2変数との関係を探索的に調べるために、コレスポンデンス分析を行った。分析対象とした34都道府県における有効回答割合（1都道府県ごとの県型保健所回答数／1都道府県ごとの県型保健所総数）の平均値については、2018年度データは0.74(SD=±0.19)であった。一方、2002年度データは全保健所からの回答が得られている。

全ての有効回答のデータにおける情報集約割合を表す、累積寄与率が80%以上でかつ、スクリープロットを見て平行に近くなると判断した2次元までを採択し、その散布図を作成した。2018年度データの1次元では、「保健師」と「福祉

職」が全体の 91.7%を占め、2 次元では「その他専門職」と「事務職」が全体の 91.4%を占めた。2002 年度データでも「保健師」と「福祉職」が高い割合を占めていた。次に、都道府県ごとの専従職員配置の類型を表すため、階層型クラスター分析を行った。類型化された都道府県がわかりやすくなるように、散布図上に類型ごとに楕円（点線）で囲んだ。2002 年度データを図 3-1 に示し、2018 年度データを図 3-2 に示した。

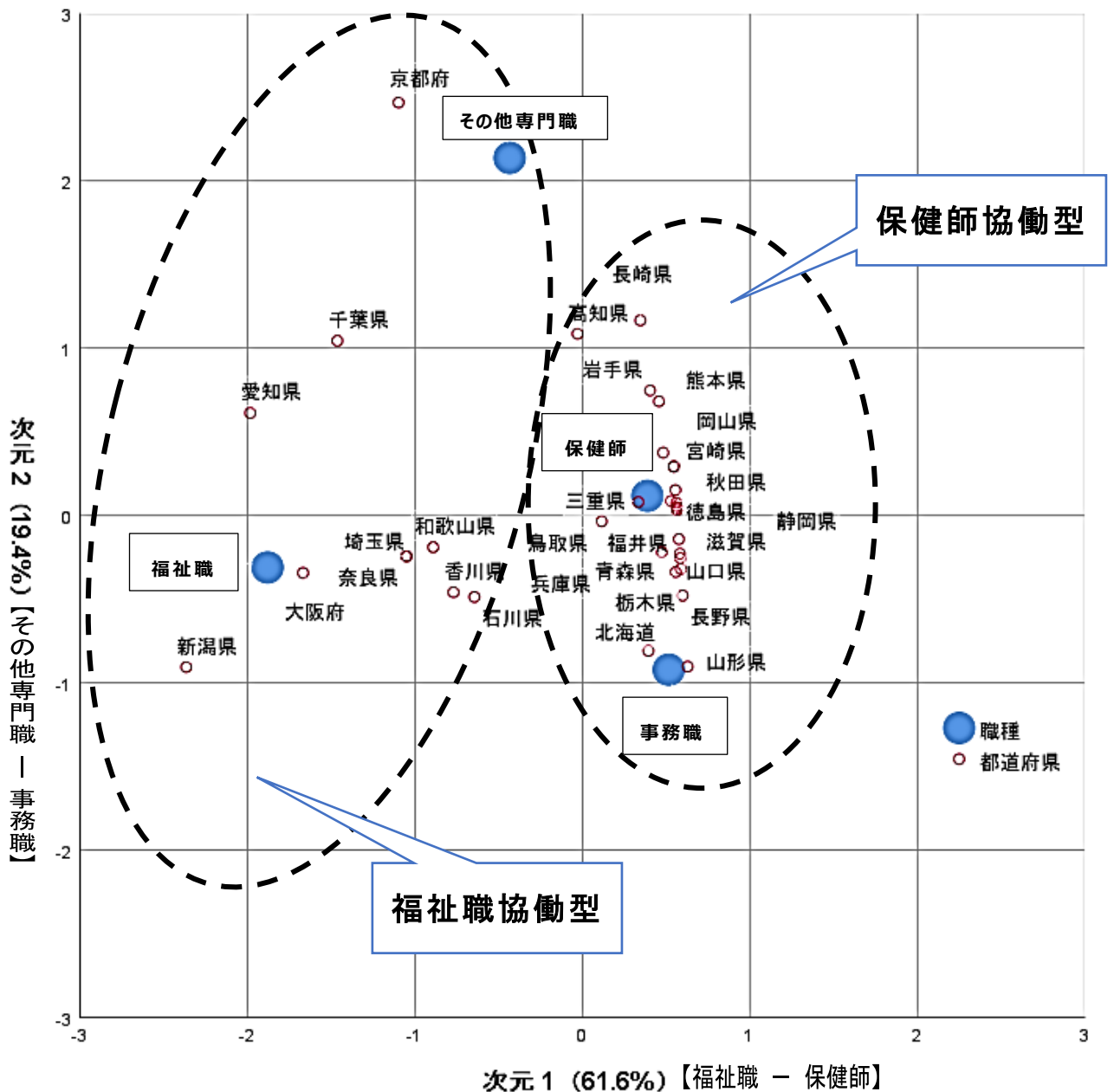


図 3-1 「都道府県」と「専門職種」の布置（2002 年度）

別配置割合の平均は、図 3-3、図 3-4 のとおりである。2002 年度データにあるタイプ 1 は、「福祉職」が 55.1%と過半数を占め、それ以外が「保健師」や「その他専門職」で構成されていることから、名称を【福祉職協働型】とした。このタイプは、社会福祉専門職中心という意味ではなく、社会福祉専門職と共に保健師や様々な専門職や事務職がチームを組んで精神保健福祉業務を行っているタイプのことである。タイプ 2 は、「保健師」の割合が 7 割以上を占め、残りの 3 割弱に「事務職」など他職種が配置されていることから、名称を【保健師協働型】とした。2018 年度データにおいても、【福祉職協働型】と【保健師協働型】は同じく分類されているが、さらにタイプ 3 が追加された。タイプ 3 は、「保健師」の割合がおおよそ 9 割と、ほぼ単一職種で業務を担っていることから、名称を【保健師専従型】とした。

図 3-5 は、類型化されたタイプに含まれる都道府県名とそれぞれの移行状況を示した。散布図（図 3-1、図 3-2）とも照らし合わせてみると、2002 年度データの【保健師協働型】が、2018 年度データにおいて【保健師協働型】と【保健師専従型】の 2 群に分かれたことがうかがえる。2002 年度データで【福祉職協働型】に含まれた 10 か所の都道府県のうち、8 か所が 2018 年度データでも【福祉職協働型】に含まれた。一方、2 か所が【福祉職協働型】から【保健師協働型】へ、3 か所が【保健師協働型】から【福祉職協働型】に移行していたため、2018 年度データの【福祉職協働型】は 11 か所となった。複数の都道府県においてタイプが変更した要因としては、県型保健所の専従職員数に変化が生じたことが影響していると推察される。2018 年度の全国の県型保健所設置数は、2002 年度と比較すると 88 か所削減されている。コレスポネンス分析で示した散布図は、一次元（横軸）では「福祉職」と「保健師」の配置割合が重視され、二次元（縦軸）では「その他専門職」と「事務職」の配置割合が重視されている。県型保健所の統廃合によって保健所の人員体制が変動し、特に「福祉職」と「保健師」の配置比率が変わったことでタイプが変更した都道府県が生じたと考えられる。

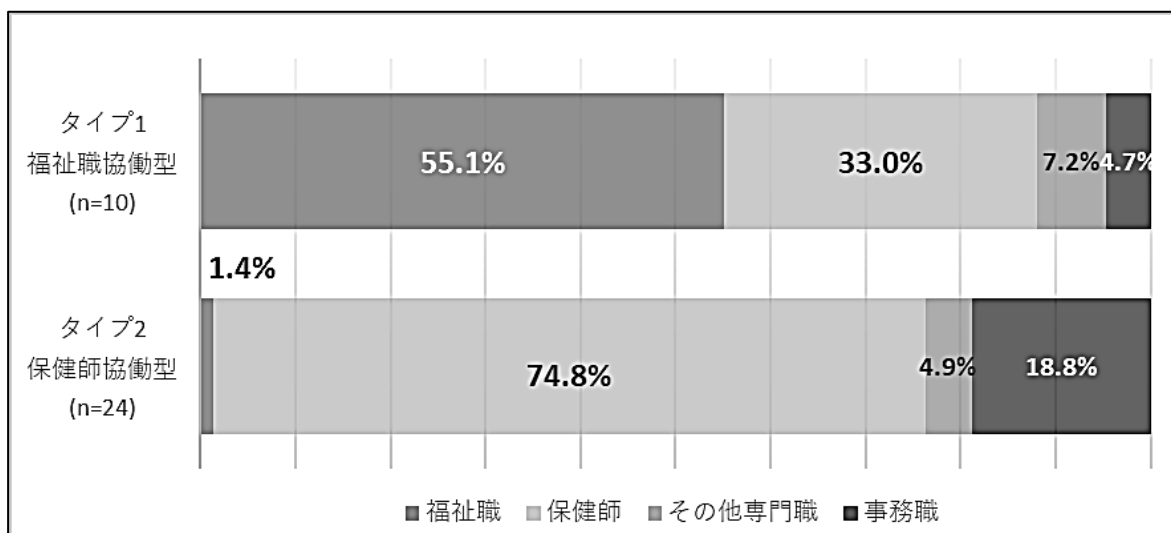


図 3-3 2002 年度データ 専従専門職の配置状況類型化 (3 タイプ)

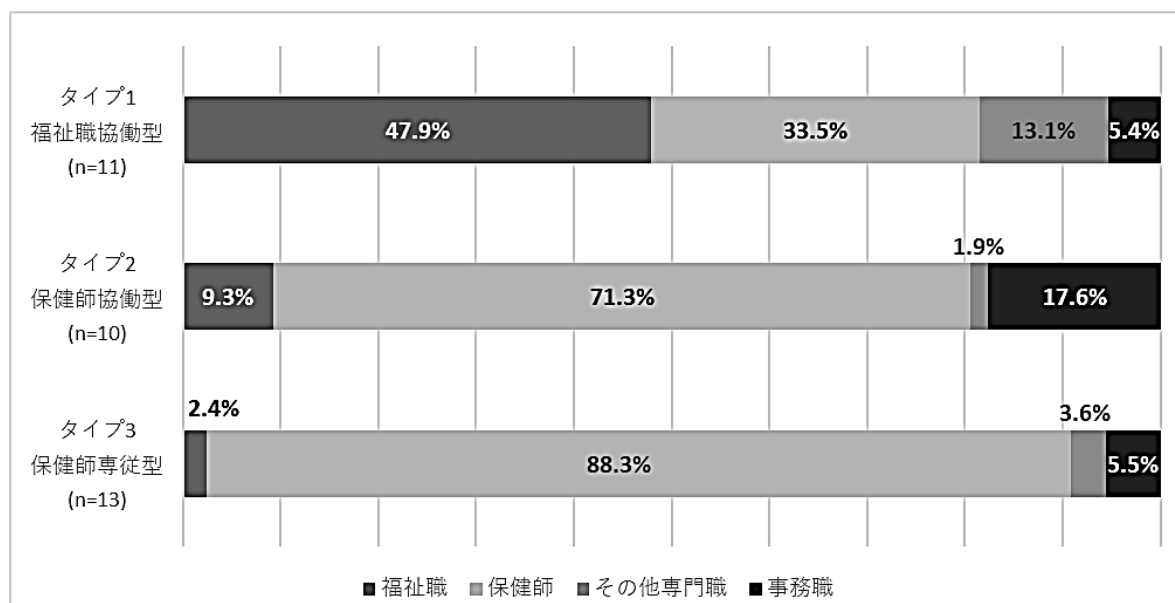


図 3-4 2018 年度データ 専従専門職の配置状況類型化 (3 タイプ)

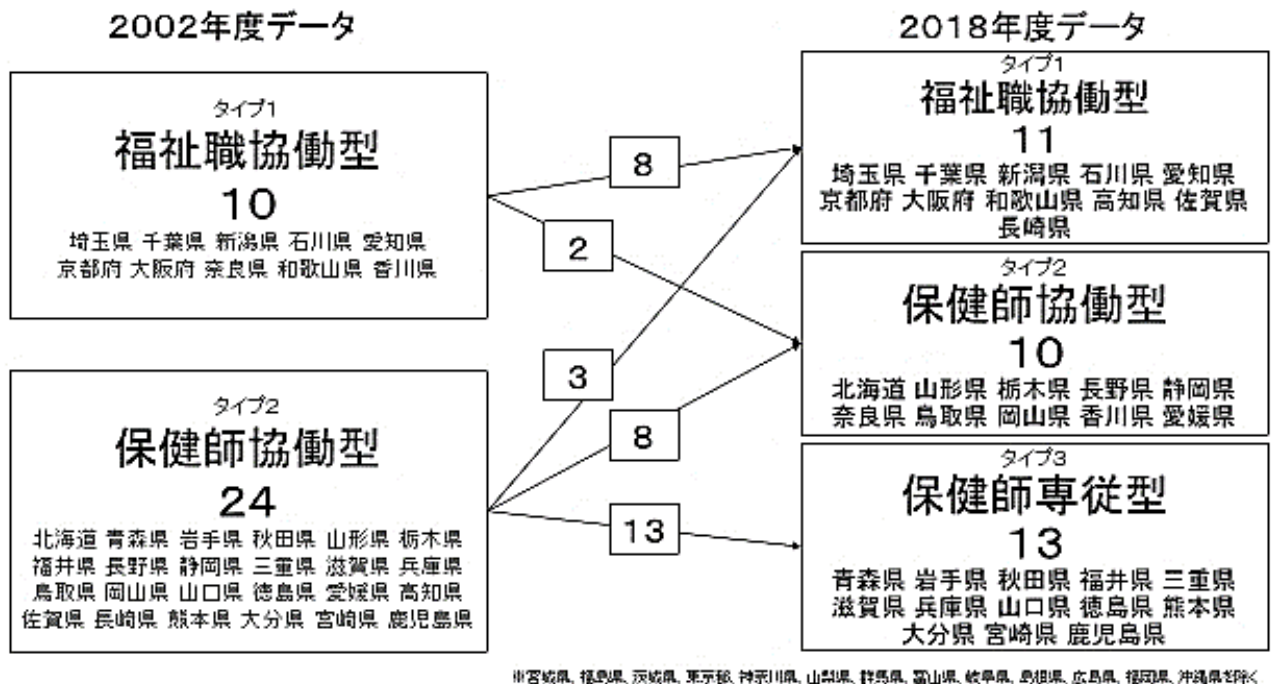


図 3-5 都道府県ごとのタイプの移行状況(2002 年度から 2018 年度)

第 3 項 タイプごとの配置体制と業務実施状況との関連

仮説 2「業務実施状況は専従職員の配置状況の違いによって異なる」を検証するため、2018 年度データにおける 3 タイプをもとに業務実施状況を比較した。2018 年度データでの回答保健所における保健所体制及び業務実施状況の記述統計量は表 3-4 のとおりである。ここでいう保健所体制とは、管轄人口、管轄市町村数、専従職員数を表している。業務実施状況とは、相談や訪問指導の実人数と延べ人数や、家族教室などの各種事業等の実施回数など全 10 項目を表し、それぞれ専従職員一人あたりの件数（回数）を載せている。保健所体制では、人口規模や管轄市町村数に違いがあり、例えば管轄人口では最小が 1.1 万人、最大が 81 万人であり、最大 14 の市町村を所管区域に持つ保健所があった。業務実施状況をみても、例えば専従職員 1 人あたりの相談延べ件数は、最小値が 1.5 件で最大値が 1229.5 件と数値に開きがあった。

今回扱ったデータのなかで「市町村援助」の回数が 0 回であった保健所が相当数あった。そのために、中央値がどの類型においても 0.00 と表示されている。地域保健報告の作成要領によれば「市町村援助」として計上できる条件は限定され

ている。県型保健所への直接的な相談等は計上する条件にあてはまらない。計上できるのは市町村主体の業務に県型保健所が協力した場合のみである。そのため、県型保健所が市町村とともに実施主体として業務にかかわる場合は計上できないことが影響していると考えられる。

表 3-4 有効回答保健所の保健所体制及び業務実施状況 2017(平成 29)年度

N=200	範囲	最小値	最大値	中央値	四分位	
【保健所体制】						
管轄人口(千人)	799	11	810	121.50	169.00	
管轄市町村数	14	1	15	4.00	3.00	
専従職員数	12	1	13	2.00	2.00	
【業務実施状況】						
専 従 職 員 一 人 あ た り	相談(実人数)	247.5	0.5	248	28.75	35.50
	相談(延べ人数)	1228	1.5	1229.5	61.17	82.15
	訪問指導(実人数)	123.33	0	123.33	17.00	17.48
	訪問指導(延べ人数)	321.5	0	321.5	41.00	54.91
	電話(延べ人数)	3185.25	9.25	3194.5	225.25	283.63
	家族教室(回数)	14.33	0	14.33	0.50	1.80
	地域交流会(回数)	5	0	5	0.00	0.00
	組織育成支援(回数)	100.5	0	100.5	2.63	6.00
	研修会(回数)	44	0	44	0.76	1.86
	市町村援助(回数)	167.5	0	167.5	0.00	2.29

注：中央値及び四分位で、「0.00」と表記されている箇所については、表示桁数を増やしても数値は変わらない。

次に、タイプごとの保健所体制と業務実施状況の結果を表 3-5 に示した。クラスターごとの順位の平均値の差を多重比較した。結果について有意差が生じた項目のみ説明する。はじめに、保健所体制に含めた管轄人口では【福祉職協働型】が【保健師専従型】よりも有意に高かった($p=0.001$)。管轄市町村数では【保健師協働型】が【保健師専従型】、【福祉職協働型】それぞれに対して有意に高かった($p<0.001$ 、 $p=0.001$)。専従職員数についても同様で、【保健師協働型】が【保健師専従型】、【福祉職協働型】それぞれに対して有意に高かった($p<0.001$ 、 $p<0.001$)。

業務実施状況では、相談延べ人数で【福祉職協働型】が【保健師専従型】よりも有意に高かった($p=0.022$)。訪問指導延べ人数で【保健師協働型】が【保健師専従型】よりも有意に高く($p=0.023$)、【福祉職協働型】も【保健師専従型】よりも有意に高かった($p=0.002$)。市町村援助回数においては、【福祉職協働型】が【保

健師協働型】、【保健師専従型】それぞれに対して有意に高かった (p=0.043、p=0.021)。なお、市町村援助件数における中央値はいずれも 0.00 であるが、Kruskal-Wallis 検定及び多重比較では各群の順位の平均値のみならず、ばらつきの違いを比較するため、有意差が生じたと理解した。

表 3-5 タイプごとの保健所体制及び業務実施状況の差

	全体 (n=200)		A:福祉職協働型 (n=82)		B:保健師協働型 (n=47)		C:保健師専従型 (n=71)		p 値	多重 比較	
	中央値	(四分位)	中央値	(四分位)	中央値	(四分位)	中央値	(四分位)			
【保健所体制】											
管轄人口 (千人)	121.50	(169)	160.50	(211.00)	122.00	(165.00)	88.00	(100.00)	0.002** 0.001**	A > C	
管轄市町村数	4.00	(3.00)	3.50	(3.00)	5.00	(4.00)	3.00	(2.00)	0.000*** 0.000*** 0.001**	B > C B > A	
専従職員数	2.00	(2.00)	3.00	(2.00)	4.00	(5.00)	2.00	(2.00)	0.000*** 0.000*** 0.000***	B > C B > A	
【業務実施状況】											
専従職員一人あたり	相談 (実人数)	28.75	(35.50)	35.75	(44.28)	28.29	(42.00)	28.00	(31.00)	0.495	
	相談 (延べ人数)	61.17	(82.15)	68.25	(194.94)	49.67	(90.00)	52.00	(72.00)	0.025* 0.022*	A > C
	訪問指導 (実人数)	17.00	(17.48)	19.00	(17.98)	18.50	(25.28)	14.00	(13.50)	0.206	
	訪問指導 (延べ人数)	41.00	(54.91)	54.50	(52.50)	47.67	(71.00)	30.00	(42.00)	0.001** 0.023* 0.002**	B > C A > C
	電話 (延べ人数)	225.25	(283.63)	238.33	(266.75)	189.00	(283.67)	238.00	(276.00)	0.136	
	家族教室 (回数)	0.50	(1.80)	0.55	(1.64)	0.60	(2.00)	0.33	(2.00)	0.375	
	地域交流会 (回数)	0.00	(0.00)	0.00	(0.00)	0.00	(0.20)	0.00	(0.00)	0.715	
	組織育成支援 (回数)	2.63	(6.00)	2.00	(4.36)	3.00	(8.17)	3.00	(8.00)	0.058	
	研修会 (回数)	0.76	(1.86)	0.67	(1.27)	0.78	(1.83)	1.00	(2.00)	0.716	
	市町村援助 (回数)	0.00	(2.29)	0.00	(5.00)	0.00	(0.33)	0.00	(0.67)	0.009** 0.043* 0.021*	A > B A > C

検定:Kruskal-Wallis 検定 多重比較:Bonferroni 法 * p<0.05,** p<0.01,*** P<0.001
注:中央値及び四分位で、「0.00」と表記されている箇所については、表示桁数を増やしても数値は変わらない。

第4節 小括

本章では県型保健所において精神保健福祉業務を担う専従職員の配置状況に着目し、2つの仮説を検証することを試みた。

仮説1「2018年度における県型保健所の専従職員配置状況は2002年度と比べて変化している」は支持された。具体的には、2018年度は2002年度と比べて、1保健所あたりの専従職員数が0.61人分増加していたことが明らかになった。

また、都道府県ごとの配置状況の特徴は、2002年度では2類型（【福祉職協働型】、【保健師協働型】）に分けられ、2018年度では、さらに【保健師専従型】が加わり、3類型になることが認められた。

仮説2「業務実施状況は専従職員の配置状況の違いによって異なる」も一定程度支持された。2018年度データの専従職員の配置状況から都道府県を3類型に分けて、それぞれの業務実施状況を比較したところ、【福祉職協働型】が専従職員一人あたりの相談延べ人数、訪問指導延べ人数、市町村援助回数において他の類型と比較して有意に高い結果となった。社会福祉専門職と保健師等がチームで対応しているタイプの県型保健所の方が、より多くの相談、訪問指導、市町村援助を行っていることが明らかとなった。

第4章 県型保健所の専門職が市町村に行う技術支援の意識と実践に関する調査

第1節 調査目的と調査方法

本章では、研究課題3に設定した「県型保健所の専門職が市町村に行う技術支援の意識構造を明らかにする。そして、技術支援の意識に影響を与える要因、技術支援の活用度合いに影響を与える要因等を明らかにする」に取り組む。

第1項 調査目的

調査目的は、県型保健所専門職が市町村に行う技術支援の実践内容を明らかにすることである。そのうえで、技術支援の意識構造を表す指標を作成することと、技術支援の意識構造に影響を与えている要因を把握したうえで、実際に技術支援を行った事例をもとに、その要因が実践にも影響を与えているかを検証することである。

本調査でそれらの検証を行うにあたり、次のとおり仮説を立てた。

1) 技術支援の意識構造に影響を与えている要因の把握

以下の3点の仮説を設定し検証を行う。

(1) 仮説1-1

仮説1-1は「専門職の個人属性(経験年数、職種など)によって、県型保健所の専門職が市町村に技術支援を行う際に意識する程度(以下、「技術支援の意識度合い」という。)が異なる」とした。具体的には先行研究(第1章第2節)をもとに、「社会福祉専門職(精神保健福祉士・社会福祉士)である」、「精神保健福祉担当としての通算勤務年数が長い」、「精神保健福祉相談員の任命を受けている」、「業務命令以外での専門職としての研鑽機会に積極的に取り組んでいる」、「職場内で技術支援の指導(OJT)を受けた経験がある」、「全国規模の学会や職能団体等に加入している」専門職の方が、技術支援の意識度合いが高くなると仮定した。

(2) 仮説 1 - 2

仮説 1 - 2 は「専門職個人の力量に関する課題の程度によって、技術支援の意識度合いが異なる」とした。具体的には、自身の力量に関する課題を強く感じている専門職ほど技術支援の意識度合いが低くなると仮定した。

(3) 仮説 1 - 3

仮説 1 - 3 は「組織の実施体制に関する課題の程度によって、技術支援の意識度合いが異なる」とした。具体的には、専門職の所属機関(県型保健所)に対して技術支援を行う体制に関する課題を強く感じている専門職ほど技術支援の意識度合いが低くなると仮定した。

2) 意識構造に影響を与えている要因が実践にも影響を与えているかの検証

以下の 2 点の仮説を設定し、検証を行う。

(1) 仮説 2 - 1

仮説 2 - 1 は「技術支援の意識度合いが高い専門職ほど、実践で技術支援をより活用している」とした。具体的には、技術支援の意識度合いと、具体的な実践事例での技術支援の活用程度(以下、「技術支援の活用度合い」という。)は関係している」と仮定した。

(2) 仮説 2 - 2

仮説 2 - 2 は「技術支援の意識に影響を与えている要因は、技術支援の実践での活用にも影響を与えている」とした。具体的には、仮説 1 - 1 から 1 - 3 の検証によって技術支援の意識構造に影響を与えていることが認められた要因は実践での技術支援の活用度合いにも影響を与えていると仮定した。

第 2 項 調査方法

本調査は、調査結果によって明らかにされた事実から一定の理論化や概念化を試みる帰納的な方法から始めた。調査方法は、質的調査と量的調査を組み合わせたミックス調査を採用し、次の手順で行った。この方法は、ミックス調査のなか

でも、探索型デザインによる分類構築モデルに該当する(池埜 2010)。

1) 手順 1 質的調査の実施

技術支援の意識構造を明らかにするための項目一覧を作成するために、先行研究をもとに設定した操作的定義と研究枠組みを用いて、2種類(精神保健福祉士対象、保健師対象)のインタビュー調査を行った。併せて、技術支援を行う上での課題(以下、「技術支援課題」という。)も聴取した。

インタビュー調査のうち、精神保健福祉士を対象とした調査結果は、すでに公表している(岡田 2017)が、本研究の一部として実施したものであるため、ここに改めて記したい。

2) 手順 2 構成項目一覧の設定と質問紙の確定

質的調査の分析結果から、技術支援の意識構造を構成する項目一覧(以下、「技術支援の意識項目一覧」という。)を作成した。加えて、技術支援課題に関する項目一覧(以下、「技術支援課題項目一覧」という。)も作成した。2種類の一覧を活用し、予備調査等を行って自記式質問紙(以下、「質問紙」という。)の内容を確定させた。

3) 手順 3 量的調査の実施

手順 2 で確定させた質問紙を全国の県型保健所に郵送し、量的調査を行った。

第2節 質的調査の実施

第1項 精神保健福祉士を対象にしたインタビュー調査

県型保健所が市町村に行う技術支援について、精神保健福祉業務の実践経験が豊富な精神保健福祉士を対象にインタビュー調査を実施した。調査は2016年6月から2016年9月までの期間で行った。

調査対象者の選定基準は、(1)県型保健所の勤務経験がある精神保健福祉士、(2)都道府県に10年以上勤務、(3)直近5年以内に技術支援の実践があるという3条件を満たす人とした。調査対象者の選定は、全国精神保健福祉相談員会の協力を得て、同組織の会員名簿から無作為で抽出し、調査依頼を行った。最終的に7人から調査協力への同意が得られた。

調査方法は、半構造化面接を用いた個別のインタビュー調査を選択した。インタビューに要した時間は平均82分であった(最小65分～最大115分)。

このような調査方法は、エキスパートインタビューと呼ばれる。エキスパートインタビューについて、大谷(2012:58-59)は「特別な知識、排他的で詳細、完全な知識と実践の蓄積の再構築を目的とし、エキスパートの知識の『慣習』あるいは『暗黙の要素』を重視」とし、「その領域の全体的な知識を概観できること、インタビュイーへのアクセスも可能になりやすいことから、効率的で凝縮されたデータ収集の方法」と述べている。技術支援の特性を明らかにするためには、技術支援の際に意識している言動を網羅的に把握しなくてはならない。それには、豊富な知識や経験を有する調査対象者から詳細に語ってもらう必要がある。このことから、本調査の目的を達成するための調査方法はエキスパートインタビューが最も適していると判断した。

質問項目は(1)調査対象者の職種や経歴等、(2)技術支援で「うまくいった」実践(個別相談事例での場面と、精神保健福祉に関連するプログラム・事業運営等の場面の2事例。「うまくいった」かどうかは調査対象者の主観による判断)の具体的な内容、(3)技術支援の工夫と課題に対する考えとした。

分析方法は、質的内容分析によるコーディング法を用いた。Flick(=2011:394)は、質的内容分析には「一般に既存の理論的なモデルに由来したものにデータを割り振ることが多い」と述べており、既存のカテゴリーを活用する特徴がある。

県型保健所が市町村に行う技術支援については、これまでに実証的研究の蓄積が十分には行われていない。そのため、本研究では、あらかじめ項目案は設定せず、探索的な方法でコーディングを行った。

分析の結果、技術支援の意識に関する内容は、合計で 217 片抽出された。この結果をもとに第 1 章第 2 節第 6 項で述べた、先行研究に基づく枠組みをもとに分析を繰り返し行ったところ、最終的に表 4-1 のとおり 5 つの枠組みに対して 37 項目に整理できた。この表 4-1 を技術支援の意識項目一覧(原案)とした。

表 4-1 技術支援の意識項目一覧(原案)

研究枠組み	項目案
関係づくり	1 助言や援助を求められる
	2 役割と責任を分かち合う
	3 経験を共有する同士
	4 並列な立場でのかかわり
情報収集のうえ 分析・判断	5 事例の特徴をつかむ
	6 職員や組織の実情を理解する
	7 とりまく地域や環境を見定める
	8 広域的な情報を把握する
	9 法律や施策と照らし合わせる
支援方針の策定	10 自身の実践経験から引き出す
	11 全体像と見通しのイメージをつくる
	12 今できることに焦点をあてる
	13 必要な働きをカバーする
	14 援助関係の大切さを再認識してもらう
	15 排除思考に歯止めをかける
	16 生活者としての理解を揺るがさない
	17 住民の気持ちに関心を寄せる
	18 住民との距離感に意識を向ける
	19 不安と負担感の軽減を図る
	20 苦手意識の変容を促す
	21 経過や意向を重んじて認める
	22 実施責任の意識化を高める
	23 行政の強みや裁量を活かす
	24 経年的な取組みに位置づける
	25 組織の実施体制に働きかける
	26 地域と医療との橋渡し役となる
	27 事業や施策とのつながりを生み出す
	28 他地域での普及とバランスを考慮する
支援の手立て	29 あくまでもサポート役に努めていく
	30 潤滑油となってつないでいく
	31 とともに考え、動いていく
	32 主導的に仕掛けていく
評価	33 支援の理解が深まる
	34 取り組みやすい実施環境がつくられる
	35 達成感や自信が得られる
	36 住民の評価が高まる
	37 地域に汎用できるかを吟味する

(筆者作成)

続いて、技術支援課題に関しては、「経験や力量の不足」、「市町村格差への対応の難しさ」、「継承の困難さ」の3点が抽出された。

第2項 保健師を対象にしたインタビュー調査

県型保健所の精神保健福祉業務を担当する職種は、全国的には保健師が主となっている(第3章)。そこで、表4-1に示した技術支援の意識項目一覧(原案)が、精神保健福祉士ではない他職種が行う実践にも活用できる内容となっているかを確認するため、県型保健所の保健師を対象としたインタビュー調査を行った。調査対象者の選定基準は、(1)保健師として、都道府県の勤務経験が10年以上であり、そのうち精神保健福祉の業務経験が5年以上である、(2)所属組織において保健師の統括的な立場にある、(3)全国規模の職能団体に所属しているとし、3つの条件を全て満たしている人とした。スノーボーリングサンプリングによって選定したところ、3人の協力が得られた。

調査方法は、半構造化面接を用いた個別インタビュー調査とした。インタビューに要した時間は平均58分であった(最小47分～最大72分)。

質問内容は、(1)技術支援の意識項目一覧(原案)は、保健師として理解できる内容か、(2)保健師が技術支援を行うにあたり、技術支援の意識項目一覧(原案)から漏れている内容はないか、(3)技術支援を行ううえでの課題はあるか、の3点とした。

調査の結果、技術支援の意識項目一覧(原案)は、保健師としても賛同できる内容であることが確認された。そのうえで、技術支援の意識項目一覧(原案)に含まれていない3項目を抽出することができた。具体的には、「情報収集のうえ分析・判断」の枠組みに、「市町村の各種計画を確認する」、「業務に関する調査・文献等を確認する」の2項目が抽出された。「評価」の枠組みには、「業務が推進・解決できる」の1項目が抽出された。この3項目を技術支援の意識項目一覧(原案)に追加することとした。さらに、インタビューのなかで2点の指摘があった。第1点は、「評価」に含まれている項目が技術支援によって生じた結果となっていて、専門職が取り組むうえで意識しているかどうかを表す内容に思えないとの指摘であった。第2点は、現場の専門職にとって技術支援は日常的に使用する用語ではないため、内容を誤解して捉えてしまう可能性があるとの指摘であった。これらの意見を踏まえて、項目群等の内容について精査する必要があると認識した。

また、技術支援課題に関しては、「市町村との関係性の希薄化」と「保健所組織内での協力体制の不十分さ」が新たに抽出された。

第3項 一覧の確定と質問項目の設定

1) 一覧の確定

技術支援の意識項目一覧は、2つの質的調査の結果をもとに、全40項目に整理した。そのうえで、各項目がより具体的な内容として説明できるように表現を見直した。

技術支援課題項目一覧は、2つの質的調査の結果を踏まえ、「経験や力量の不足」、「市町村格差への対応の難しさ」、「継承の困難さ」、「市町村との関係性の希薄化」、「組織内での協力体制の不十分さ」の5つの課題を設定した。これらの課題を具体的に尋ねる項目を作成するにあたり、社会福祉専門職が住民や組織・地域に行う地域生活支援の支障要因を明らかにした、菱沼(2010)の調査結果を参考とした。

また、ソーシャルワークを専門とする研究者、量的研究に精通する研究者から助言を受けた。修士以上の学位を持つ社会福祉専門職の集まりでの発表も行った。これらの過程で項目内容の修正や調整を行い、最終的に県型保健所が市町村に行う技術支援の意識項目一覧を表4-2のとおり、技術支援課題項目一覧を表4-3のとおり確定させた。

表 4-2 技術支援の意識項目一覧

項目
1 市町村から助言や援助の求めがあれば積極的にかかわるようにする
2 役割と責任を分かち合うために、市町村に積極的に協力を依頼する
3 市町村と協働して業務を進めるために、積極的に経験や知識を共有する
4 市町村と上下関係ではなく並列で対等な関係性を保つ
5 対象の業務の特徴をつかむために職員から情報を確認する
6 職員や組織の状況を理解するために、職員の経験や職場環境を確認する
7 市町村の相談支援体制や社会資源など、地域状況の情報を確認する
8 近隣市町村の実践など広域的な情報を確認する
9 業務の根拠となる関連法令や施策を確認する
10 市町村が策定する各種計画(障害者計画、健康増進計画等)を確認する
11 業務に関連する調査・文献などデータ等を確認する
12 自分自身のこれまでの実践経験を支援に活用する
13 市町村が抱える課題を解決するための見通しをもち、共有する
14 業務を具体的に考えられるように「今できること」に焦点をあてる
15 市町村が行う実践に過不足が生じないように補足的に対応する
16 周囲の情報よりクライアント(精神障害者等)との援助関係が大切である認識を促す
17 クライアント(精神障害者等)を地域から排除させないように注視する
18 クライアント(精神障害者等)は一人の生活者であるという理解を市町村に促す
19 地域住民の気持ちに関心を寄せて、業務の計画を検討する
20 市町村とかかわる際に市町村と地域住民との距離感に配慮する
21 業務に対する市町村の不安や負担感を軽減させる
22 市町村が抱える業務の苦手意識を変えていくように働きかける
23 市町村がこれまで取組んできた業務の経過や意向を尊重する
24 市町村が責任をもって業務を遂行するように職員や組織に働きかける
25 市町村の強みや裁量を最大限に活用できるようにする
26 着手した業務が継続できるように市町村の職員や組織に定着を勧める
27 業務の効率化を図るため、市町村組織の実施体制に働きかける
28 業務の課題を協議会や施策と連動させて考えられるように提案する
29 市町村と医療機関等の他機関との連携を促進するための仲介役となる
30 業務に関する課題を他市町村と共有・検討できる機会をつくる
31 市町村とともに業務に直接かかわりながら支援する
32 業務には直接かかわらず、助言や情報提供などの後方支援をする
33 市町村が業務に取り組みやすくなるように、事前準備や調整を手伝う
34 市町村が把握していない課題は市町村に先んじて保健所が主導的に取り組む
35 市町村が抱える業務が推進・解決されるように支援を行う
36 市町村に達成感や自信がもたらされるように支援を行う
37 市町村が業務の理解を深めることができるように支援を行う
38 市町村が今後も業務を継続して取り組める体制となるように支援を行う
39 住民(精神障害者や家族等を含む)による市町村への評価が高まるように支援を行う
40 市町村が実施した手法が、好事例として他市町村で活用されるように支援を行う

(筆者作成)

表 4-3 技術支援課題項目一覧

項目
類型 1『市町村との関係性に関する課題』
1 普段から市町村とのやりとりが少なく、支援の依頼が来ない
2 管轄する市町村が広域(又は市町村数が多い)で、支援が行き届かない
3 市町村職員と定期的に顔を合わせる機会がなく、関係性が築けない
類型 2『業務の特性に関する課題』
4 市町村の業務に対する意欲や考え方によって、支援の効果が左右される
5 市町村ごとに特性が異なるため、各々のニーズに応じた支援ができない
6 日常業務が多忙で、市町村への支援に時間が割けない
類型 3『組織の実施体制に関する課題』
7 保健所内で市町村への支援について検討する機会がない
8 保健所として、他業務に比べて市町村支援の優先順位が低い
9 市町村への支援の対応に困っても、複数の職員が協力し取り組む体制が保健所がない
10 市町村への支援方法などに困った時に相談できる同僚・上司がいない
類型 4『個人の力量・能力に関する課題』
11 自分に市町村を支援するだけの業務の知識や経験が乏しい
12 市町村の地域アセスメント(地区診断)が十分できず、必要な情報が把握できない
13 業務の課題が多様化していて、これまでの支援経験だけでは対応しきれない
類型 5『技術の習得に関する課題』
14 市町村支援のやり方は人それぞれで異なるため、他者から学ぶことができない
15 市町村への支援に関する研修の機会が少ない
16 市町村を支援することにやりがいを感じない

(筆者作成)

2) 質問項目の設定

量的調査で用いる質問紙の作成を目的に、県型保健所に勤務経験がある専門職に協力を依頼して予備調査を行った。地域や性別、経験年数に偏ることがないように考慮し、最終的な協力者は7人(保健師4人、精神保健福祉士3人)であった。調査協力者には、「設問の文章や項目でわかりにくい表現等はなかったか」、「回答しにくかった項目等はなかったか」、「全体の分量や質問紙の見やすさはどうか」など、一問一答形式の質問への回答を依頼した。その後、協力者からの回答を踏まえ、選択肢の修正、質問項目の配置等の調整を行って、質問紙を確定させた。

第3節 量的調査の実施

第1項 調査の対象

調査の対象は、2020(令和2)年4月1日時点における全国の県型保健所355か所(中核市との共同設置である1保健所含む)全数とした。

質問紙への回答者は、精神保健福祉業務に従事している常勤の職員のうち、直近の3年間(概ね2018年から調査回答時までの期間)で市町村への技術支援を行ったことがある人に設定した。1保健所あたりの質問紙の配布数は、2018(平成30)年度の平均職員配置数が3.07人(岡田2019)であったことから、3人分とした。質問紙が足りずに全ての専従職員が回答できない場合が想定されたため、不足が生じた場合は質問紙の追加送付を行うことを説明に加えた(2保健所から連絡があり、3部ずつ郵送)。質問紙等は、業務委託契約を締結した業者から郵送した。

第2項 データの収集方法

質問紙は、2021(令和3)年2月上旬に発送し、同年3月中旬までを回答の締め切りとした。回収率向上を図るための工夫として、以下の6点を行った。

第1点は、質問紙とは別に、保健所長への依頼状を添付し、職員に回答してもらいやすくなるよう配慮を依頼した。

第2点は、質問紙は質問項目数をできる限り少なくするとともに、回答は質問紙に直接記入できるようにした。

第3点は、保健所の統計資料等を別途準備しなくても回答できる設問内容とし、回答に必要な所要時間を極力短縮できるようにした。

第4点は、受取人払いの返信用封筒を回答者人数分(3部)同封し、各職員の業務状況等に合わせて、個別に回答及び送付ができるようにした。

第5点は、調査実施後の説明責任を果たすため、調査終了後に研究成果をまとめた報告書等を送付する旨を提示した。

第6点は、3月上旬に協力依頼の葉書を送付した。葉書の送付に際しては、新型コロナウイルス感染症の拡大による業務量の増加によって回答時間確保が難しい職員がいることを考慮し、調査期間を同年3月末まで延長することを記した。

なお、調査の同意については、質問紙に同封した説明書のなかで、質問紙の提

出をもって同意を得たものとし、同意しないときは提出する必要がなく、提出しないことにより、いかなる不利益をこうむることはない旨を説明した。

記入した質問紙の回収については、業務委託契約を締結した業者が管理する日本郵便の私書箱で受け取り、当該業者が回答データの入力を行った。データ入力にあたっては、個人を識別する情報を取り除いたうえで、新たに符合・番号等を付して匿名化し、そのデータは外部記憶装置にパスワードをつけて記録することを業者に求めた。業者から回収した外部記憶装置と収集した紙媒体のすべては、筆者が在籍する福井県立大学の教員研究室内にある鍵のかかる保管庫に厳重に保管した。

第3項 質問紙で補足説明した用語

1) 業務

職員が市町村への技術支援に関する業務について想起する際、住民からの相談や自宅訪問などへの対応と捉える人もいれば、市町村が主催する会議への出席や研修会の実施など事業運営に協力することを思い浮かべる人もいると考えられる。そこで、質問紙には業務を「精神保健福祉に関する『相談や訪問』などの個別事例への対応に加え、『家族教室』や『事例検討会』、『各種連絡会・協議会』等の事業・プログラムの企画・実施を全て含めます。」と表記した。

2) 市町村への支援

質問紙ではインタビュー結果を踏まえ、本研究の主題である「技術支援」の用語は使用せず、「市町村への支援」とした。用語の選定理由は、公衆衛生領域の専門学会である日本公衆衛生学会総会にて行われる演題発表テーマを概観したところ、保健所から市町村への技術支援の内容が「市町村支援」と表記されていたことによる(勝田 2009 ; 五十嵐ら 2014)。質問紙には、市町村への支援をより明確に理解してもらうために「市町村が地域精神保健福祉活動の推進のために行う業務を効果的に実施できるように、技術的な協力や援助を行うこと」と、表記した。

第4項 設問の内容

質問紙は、大きく4つの設問で構成した。

1) 設問Ⅰ 市町村への支援に関する意識

設問Ⅰ「市町村への支援に関する意識」は、技術支援の意識の程度を尋ねる質問項目群である。技術支援は、対象とする市町村や支援対象とする業務内容、あるいは職場の業務状況によって異なる。そのため、質問紙の説明文に「個々の支援状況での判断ではなく、日常的に市町村に関わる時の基本姿勢として『意識している』、『心がけている』ことを思い浮かべてもらう」ように説明を加えた。そのため、質問の記述は、「実践している」ではなく、「意識している、心がけている」とした。菱沼(2009)は、「実践しているかどうかで尋ねたとしてもそれは主観的な評価であるため、数値がそのまま実践の程度を表すとは言えない」と述べている。また、技術支援の実践は多様であるために、実践という行動をとるかどうかは事例によって異なる。これらの点を考慮し、本設問では実践に対する意識の実態を尋ねた。

技術支援の意識項目一覧に載せた全 40 項目(表 4-2)に対して、リッカートスケールによる回答を求めた。「1」を「全く意識していない」に、「5」を「十分意識している」とした。その間の「2~4」については「3」を中央に置き、説明はつけなかった。この設定により、意識が高いと点数が高くなるように設定した。

2) 設問Ⅱ 市町村への支援経験

設問Ⅱ「市町村への支援経験」は、県型保健所の専門職が実際に市町村に技術支援を行う際に、技術支援項目をどの程度活用しているかを尋ねる質問項目群である。回答者には、これまでに行った技術支援のなかで、他の支援と比べて「最もうまくいった事例」を1つ想定し、その事例の概要を答えてもらった。ここでいう「最もうまくいった」とは、回答者の主観的な判断に基づくものであり、市町村の職員や所属組織からの評価については問わないことを補足した。また、支援場面を例示し、回答しやすくなるように工夫した。なお、「最もうまくいった」事例にした理由は、回答者が詳細に記憶している事例を選択して回答することを期待したためである。

調査項目は、対象事例の概要を確認するために4項目設定した。第1項目は、業務の種類とし、どのような業務内容に対して技術支援を行ったかを尋ねた。第2項目は市町村職員の職種とし、誰に対して技術支援を行ったかを尋ねた。技術

支援の対象となった市町村が複数であった場合は最も多かった職種を回答するように求めた。第3項目は支援のきっかけとし、技術支援がどのような契機で始められたかを尋ねた。第4項目は関与方法とし、市町村とどのように連絡を取り合ったかを尋ねた。

次に、その事例で技術支援の活用度合いを尋ねるため、技術支援の意識一覧項目全40項目(表4-2)の回答を求めた。最後に、技術支援が「うまくいった」と感じた要因について自由記述で回答を求めた。なお、設問Ⅱでは市町村への支援経験を尋ねているが、事例の個人情報などの記載は求めている。

対象事例の概要4項目の回答は、選択肢の中から選んでもらった。技術支援項目一覧は4件法により回答を求めた。「1」を「全く行えなかった」、「2」を「あまり行えなかった」、「3」を「やや行えた」、「4」を「十分に行えた」とした。そして、全ての項目に、「対象外」も選択できるようにした。その理由は、技術支援の実践で常にすべての項目が活用されるのではなく、事例の内容や関与の方法等によっては、活用しない項目がありえる。専門職として「活用する必要がない」と判断した場合の選択肢を用意する必要があり、どの程度活用したかを尋ねるだけでは十分ではないと考えたためである。

3) 設問Ⅲ 市町村への支援の困難さや課題

設問Ⅲ「市町村への支援の困難さや課題」は、専門職が技術支援を行うにあたっての困難さや課題の程度を尋ねる質問項目群である。

質問項目は、技術支援課題項目一覧(表4-3)の全16項目とした。内訳は、「市町村との関係性に関する課題」3項目、「業務の特性に関する課題」3項目、「組織内の支援体制に関する課題」4項目、「個人の力量・能力に関する課題」3項目、「技術の習得に関する課題」3項目である。それぞれの項目についてリッカートスケールによる回答を求めた。「1」を「あてはまらない」、「5」を「あてはまる」とした。その間の「2~4」については「3」を中央に置き、説明は付けなかった。この設定により、課題の認識や困難さの程度が高いと点数が高くなるように設定した。さらに、これらの項目以外でも困難さや課題があることを想定し、自由記述欄を別に設けた。

4) 設問Ⅳ 回答者の基本情報

設問Ⅳ「回答者の基本情報」は、回答者の基本属性として性別、年代、保有資格、勤務する都道府県名、通算勤務年数、精神保健福祉法第48条に規定される精神保健福祉相談員の任命(以下、「相談員任命」という。)の有無を尋ねる項目を設定した。併せて、先行研究の結果(第1章第2節)を参考に、業務命令以外での専門職としての研鑽機会(以下、「業務外研鑽機会」という。)と、職場内での技術支援の指導、つまり、OJT(On-the-Job Training)を受けた機会(以下、「OJTを受けた機会」という。)、全国規模の学会や専門職団体等への入会状況(以下、「学会等への入会」という。)を尋ねる項目も設定した。なお、回答を求めるにあたって留意した点は次のとおりである。

資格を複数持っている場合は、採用時に必要とされた職種1つで回答を求めた。

通算勤務年数については、自治体職員は人事異動等により精神保健福祉業務から外れて別業務を担当することが考えられるため、「自治体職員としての通算勤務年数」(以下、「自治体勤務年数」という。)と「精神保健福祉担当としての通算勤務年数」(以下、「精神担当勤務年数」という。)に分けて尋ねた。

相談員任命の有無については、精神保健福祉士法施行規則第7条にある、精神保健診察等の立ち合いの際に携帯する「精神保健福祉職員の証」の保有者と誤解しないよう注意書きを添えた。

研鑽機会の内容については「研修」、「学会参加・発表」、「スーパービジョン」等への参加と例示し、直近3年間を目安に判断してもらうよう説明を加えた。

第5項 有効回答数

質問紙を1,071人配布した結果、501人から回答があった(回収率46.8%)。回収した質問紙の原本と民間業者が入力したデータ内容を筆者自身で再度チェックしたところ、誤入力は見当たらなかった。ただし、自由記述内容について、業者が判別不能とした文字が数か所あったが、筆者には判別ができたため修正した。

データクリーニング後、次の基準に該当する回答データは有効回答から削除した。

- 1)未入力の項目がある回答データ。ただし、データをできる限り有効に利用するため、「設問Ⅳ 回答者の基本情報」のみ未入力がある回答データは除外せ

ず採用することとした。

- 2) 「設問Ⅰ 市町村への支援に関する意識」(40項目)、「設問Ⅱ 市町村への支援経験」(質問5から9の40項目)、「設問Ⅲ 市町村への支援の困難さや課題」(16項目)の各設問において、1種類の選択肢のみで回答されている回答データ

以上の2つの条件にあてはまった回答データ26件を除き、最終的に475件(44.4%)を有効回答と判断し、分析対象とした。

第6項 分析の工程と方法

SPSS27 for Windows および Amos27 for Windows を用いて、次の5つの工程の順に分析を行った。

1) 第1工程 回答データの単純集計

設問Ⅰ～Ⅳについて、量的データは単純集計を行い、基礎的なデータ結果を把握した。質的データである自由記述項目は、まずはすべての回答を一覧表にして整理し、意味内容がわかる一定の長さに区切り、単位化した。その後、共通するデータを集約し、内容を適切に表現するコードをつけてまとめた。

2) 第2工程 因子分析

第2工程では、県型保健所専門職の技術支援の意識構造を明らかにするため、因子分析を行った。「設問Ⅰ 市町村への支援に関する意識」の回答結果をもとに、変数同士の関係から影響を与えている潜在因子を探るため、探索的因子分析(プロマックス回転を伴う最尤法)を行い、その後、構成概念妥当性を確かめるため、検証的因子分析を行った。

3) 第3工程 重回帰分析

技術支援の意識構造に影響を与えている要因を把握するため、本章第1節第1項で示したとおり、仮説1-1、1-2、1-3を設定した。それらを検証するため、重回帰分析(強制投入法)を行った。

従属変数は、技術支援の意識構造として抽出された各因子の因子得点とし、独立変数には、回答者の基本属性と、技術支援課題項目一覧のなかで個人的要因と

組織的要因に該当する項目を数値化して投入した。基本属性で投入した項目は、「性別」、「保有資格」、「自治体勤務年数」、「精神担当勤務年数」、「相談員任命」、「業務外研鑽機会」、「OJTを受けた機会」、「学会の入会」とした。回答者には「年代」、「勤務する都道府県名」も尋ねたが、それらは独立変数には含めなかった。特に「年代」を除外した理由は、回答者個人の人生経験ではなく、自治体職員としての現場経験や精神保健福祉担当としての実践経験が技術支援に与える影響を分析したいと考えたからである。技術支援課題の個人的要因には類型 4「個人力量に関する課題」の 3 項目を採用し、組織的要因には類型 3「組織の実施体制に関する課題」の 4 項目を採用した。それぞれの類型に該当する項目群に対して主成分分析を行い、算出された主成分得点を独立変数として投入した。

4) 第 4 工程 相関分析

日常的に技術支援の意識が高い専門職ほど、実践で技術支援をより活用していることを確かめるため、本章第 1 節第 1 項で示したとおり、仮説 2-1 を設定した。分析方法には相関分析を用いた。具体的には「設問Ⅰ 市町村への支援に対する意識」の回答結果による技術支援の各項目における意識度合いと、「設問Ⅱ 市町村への支援経験」の回答結果による各項目の活用度合いの 2 つのデータの関係性を相関係数で示した。

5) 第 5 工程 分散分析

技術支援の意識に影響を与えている要因は、実践での技術支援の活用にも影響を与えている」ことを確かめるため、本章第 1 節第 1 項で示したとおり、仮説 2-2 を設定した。まず、第 2 工程「因子分析」で抽出された因子と下位項目をもとに、「設問Ⅱ 市町村への支援経験」における回答の平均値を算出した。次に、第 3 工程「重回帰分析」によって明らかになった影響要因を用いて、要因ごとにいくつかの群を設定した。そして、それらの群ごとの平均値に差があるかを分散分析で検定し、活用度合いに対する影響の有無を判定した。

第4節 倫理的配慮

精神保健福祉士や保健師へのインタビューは、調査対象者に文書及び口頭により、計画の概要、個人情報保護、予測される危害と利益、研究への参加は任意であることなどについて説明を行い、同意書を得た。

質問紙による郵送調査においては、本調査の趣旨、個人が特定されないように無記名及び所属機関名を記載してもらわないなど個人情報の保護に努めることを説明した。また、質問紙の提出によって回答者から同意を得たものとし、不同意の場合は提出してもらわないようにした。また、回答の有無により、いかなる不利益をこうむることはないことを加えた。

それぞれの調査で得られたデータ等は個人情報等に関する内容が判別されないようにするとともに、厳重に保管し、一定の期間終了後に責任をもって廃棄することを付した。なお、上記すべての調査は、ルーテル学院大学研究倫理委員会にて審査・承認されている。(精神保健福祉士へのインタビュー調査：2017年3月14日承認 16-48、保健師へのインタビュー調査：2020年4月14日承認 19-37、質問紙調査：2020年12月8日承認 20-27)

第5節 分析結果

第1項 有効回答者の基本属性

有効回答者の基本属性の回答結果を表4-4に示した。回答者の性別は、男性が75人(15.8%)、女性が398人(83.8%)であった。年齢区分は、20歳代から50歳代までがそれぞれ20%以上を占めていた。最も多い区分が40歳代で125人(26.3%)、最も少ない区分が60歳以上で22人(4.6%)であった。

資格の保有状況は、保健師が339人(71.4%)で最も多かった。次いで、精神保健福祉士が93人(19.6%)、社会福祉士が19人(4.0%)と続いた。職種の「その他」には、小学校教員免許、保育士などが挙げられた。

回答者には勤務する都道府県を尋ねており、全47都道府県から回答が得られた。都道府県ごとの回答者数は、最も少ないところで2人、最大で34人であった。地域区分に整理したところ、最も多かったのは中部89人(18.7%)、次いで九州85人(17.9%)、関東84人(17.7%)、近畿72人(15.2%)と続いた。最も少なかったのは四国で24人(5.1%)であった。

自治体経験年数は、平均で15.7年(SD=11.4)であった。また、精神担当勤務年数は、平均で8.7年(SD=8.5)であった。自治体経験年数は、「20年以上29年以下」90人(18.9%)で最も多く、次いで、「30年以上」83人(17.5%)、「3年以下」75人(15.8%)であった。一方、精神担当勤務年数では、最も多かったのは「3年以下」178人(37.5%)であり、次いで「4年以上6年以下」73人(15.4%)であり、10年未満の回答者が64.5%を占めた。

精神保健福祉相談員任命を受けているか回答を求めたところ、任命を受けている人が181人(38.1%)、受けていない人が294人(61.9%)であった。

業務外研鑽機会の頻度を尋ねたところ、「1年に1回以上ある人」が293人(61.7%)で最も多かった。

これまでのOJTを受けた機会を尋ねたところ、「今までに一度でも受けたことがある」は173人(36.4%)で、「一度も受けたことがない人」の209人(44.0%)の方が多かった。「覚えていない又はわからない」と回答した者は93人(19.6%)いた。また、学会等への入会を確認したところ、「入会している」が253人(53.3%)で、「入会していない」の222人(46.7%)より多かった。

表 4-4 有効回答者の基本属性 N=475

	N	%		N	%
【性別】			【自治体職員としての通算勤務年数】		
男性	75	15.8	3年以下	75	15.8
女性	398	83.8	4～6年	71	14.9
答えたくない	2	0.4	7～9年	36	7.6
【年代】			10～14年	69	14.5
20歳代	117	24.6	15～19年	51	10.7
30歳代	105	22.1	20～29年	90	18.9
40歳代	125	26.3	30年以上	83	17.5
50歳代	106	22.3	平均 15.7年(SD=11.4年) 最小1年-最大43年		
60歳代以上	22	4.6	【精神保健福祉担当としての通算勤務年数】		
【保有資格】			3年以下	178	37.5
精神保健福祉士	93	19.6	4～6年	73	15.4
保健師	339	71.4	7～9年	71	11.6
社会福祉士	19	4.0	10～14年	60	12.6
社会福祉主事	10	2.1	15～19年	46	9.7
臨床心理士	3	0.6	20～29年	39	8.2
作業療法士	1	0.2	30年以上	20	4.2
その他	10	2.1	未記載	4	0.8
【地域区分】			平均 8.7年(SD=8.5年) 最小0年-最大40年		
北海道	34	7.2	【精神保健福祉相談員(精神保健福祉法第48条)の任命】		
東北	46	9.8	任命を受けている	181	38.1
関東	84	17.7	任命を受けていない	294	61.9
中部	89	18.7	【業務命令以外での専門職としての研鑽機会】		
近畿	72	15.2	1年に1回以上	293	61.7
中国	37	7.8	1年に1回未満	93	19.6
四国	24	5.1	参加していない	89	18.7
九州	85	17.9	【職場内で市町村支援の指導(OJT)を受けた機会】		
未記載	4	0.8	今までに一度でも受けたことがある	173	36.4
N=475			一度も受けたことがない	209	44.0
			覚えていない・わからない	93	19.6
			【全国規模の職能団体や学会等への入会】		
			入会している	253	53.3
			入会していない	222	46.7

第2項 技術支援の意識構造

1) 質問項目及び平均値

技術支援の意識項目一覧の全 40 項目を示して、技術支援を行う際に意識しているかを尋ねた結果の平均値と標準偏差を表 4-5 に示した。最も平均値が高かった(技術支援を行う際に最も意識を働かせていた)のは、項目 4「市町村と上下関

係ではなく並列で対等な関係性を保つ」4.61(SD=0.57)であった。次いで、項目1「市町村から助言や援助の求めがあれば積極的にかかわるようにする」4.55(SD=0.57)、項目7「市町村の相談支援体制や社会資源など、地域状況の情報を確認する」4.26(SD=0.64)、項目5「対象の業務の特徴をつかむために職員から情報を確認する」4.24(SD=0.78)と続いた。天井効果(ceiling effect)が認められた(平均値と標準偏差を合計した数値がスケールの最も大きい点数である5点を超えた)項目を調べたところ、項目1、項目4、項目5の3項目が該当した(表4-5の網掛け)。3項目の回答分布を確認したところ、すべて正規分布とはいいがたく、分析対象から除外した。

一方、一番平均値が低かった(最も意識されていなかった)のは、項目31「業務の効率化を図るため、市町村の実施体制に働きかける」2.99(SD=0.94)であった。次いで、項目39「住民(精神障害者や家族等を含む)による市町村への評価が高まるように支援を行う」3.16(SD=0.95)であった。なお、床効果(floor effect)に該当する(平均値から標準偏差を引いた数値がスケールの最も小さい点数である1点よりも小さかった)項目はなかった。

2)各項目の相関関係

表4-5に示した項目のうち、前述の3項目を除いた全37項目を対象に、相関行列分析を行った。相関関係はPearsonの相関係数をもとに判断した。

結果は、項目13「市町村とともに業務に直接かかわりながら支援する」と項目14「業務には直接かかわらず、助言や情報提供などの後方支援をする」には相関関係が認められず、それ以外の全てで相関係数が1%水準で有意(両側)であった。相関係数が最も高かったのが、項目36「市町村に達成感や自信がもたらされるように支援を行う」と項目37「市町村が業務の理解を深めることができるように支援を行う」であり、0.72であった。そのため、項目36あるいは項目37のどちらかを分析対象から除外するかどうかを慎重に検討した。2つの項目は本調査の実施前に行ったエキスパートインタビュー調査(岡田2017)の分析から明らかにした項目であり、異なる意味を有していた。それぞれの回答分布状況をみると平均値はおよそ0.2の差異があり、歪度や尖度にも違いが生じていた。また、2項目の相関係数が他の相関関係よりも著しく高い結果を表しているわけではなかつ

た。これらのことを踏まえ、項目の除外は行わずに 37 項目をそのまま分析対象とすることにした。

表 4-5 技術支援の意識項目一覧(平均・標準偏差) N=475

項目	平均	標準偏差
1 市町村から助言や援助の求めがあれば積極的にかかわるようにする	4.55	0.57
2 役割と責任を分かち合うために、市町村に積極的に協力を依頼する	4.16	0.71
3 市町村と協働して業務を進めるために、積極的に経験や知識を共有する	4.05	0.77
4 市町村と上下関係ではなく並列で対等な関係性を保つ	4.61	0.57
5 対象の業務の特徴をつかむために職員から情報を確認する	4.24	0.78
6 職員や組織の状況を理解するために、職員の経験や職場環境を確認する	3.55	0.91
7 市町村の相談支援体制や社会資源など、地域状況の情報を確認する	4.26	0.64
8 近隣市町村の実践など広域的な情報を確認する	3.83	0.82
9 業務の根拠となる関連法令や施策を確認する	4.20	0.76
10 市町村が策定する各種計画(障害者計画、健康増進計画等)を確認する	3.73	0.88
11 業務に関連する調査・文献などデータ等を確認する	3.53	0.88
12 自分自身のこれまでの実践経験を支援に活用する	4.18	0.75
13 市町村とともに業務に直接かかわりながら支援する	4.12	0.79
14 業務には直接かかわらず、助言や情報提供などの後方支援をする	3.49	0.87
15 市町村が業務に取り組みやすくなるように、事前準備や調整を手伝う	3.51	0.88
16 市町村が把握していない課題は市町村に先んじて保健所が主導的に取り組む	3.42	0.87
17 市町村が抱える課題を解決するための見通しをもち、共有する	3.69	0.84
18 業務を具体的に考えられるように「今できること」に焦点をあてる	3.99	0.76
19 市町村が行う業務に過不足が生じないように補足的に対応する	3.29	0.80
20 周囲の情報よりクライアント(精神障害者等)との援助関係が大切である認識を促す	3.77	0.87
21 クライアント(精神障害者等)を地域から排除させないように注視する	4.16	0.76
22 クライアント(精神障害者等)は一人の生活者であるという理解を市町村に促す	4.23	0.76
23 地域住民の気持ちに関心を寄せて、業務の計画を検討する	3.76	0.87
24 市町村とかかわる際に市町村と地域住民との距離感に配慮する	3.61	0.86
25 業務に対する市町村の不安や負担感を軽減させる	3.71	0.82
26 市町村が抱える業務の苦手意識を変えていくように働きかける	3.65	0.95
27 市町村がこれまで取組んできた業務の経過や意向を尊重する	3.99	0.76
28 市町村が責任をもって業務を遂行するように職員や組織に働きかける	3.65	0.87
29 市町村の強みや裁量を最大限に活用できるようにする	3.90	0.84
30 着手した業務が継続できるように市町村の職員や組織に定着を勧める	3.35	1.02
31 業務の効率化を図るため、市町村の実施体制に働きかける	2.99	0.94
32 業務の課題を協議会や施策と連動させて考えられるように提案する	3.57	0.95
33 市町村と医療機関等の他機関との連携を促進するための仲介役となる	3.97	0.84
34 業務に関する課題を他市町村と共有・検討できる機会をつくる	3.84	0.98
35 市町村が抱える業務が推進・解決されるように支援を行う	3.72	0.86
36 市町村に達成感や自信がもたらされるように支援を行う	3.53	0.97
37 市町村が業務の理解を深めることができるように支援を行う	3.72	0.86
38 市町村が今後も業務を継続して取り組める体制となるように支援を行う	3.64	0.88
39 住民(精神障害者や家族等を含む)による市町村への評価が高まるように支援を行う	3.16	0.95
40 市町村が実施した手法が、好事例として他市町村でも活用されるように支援を行う	3.21	1.02

※ 網掛け部分は天井効果が認められた項目を意味する。

3) 内的整合性の確認

技術支援項目の内的整合性を確かめるため、全 37 項目を対象に信頼性分析を行い、全体の α 係数を算出した。その結果、 α 係数は 0.955 となり、非常に高い値を示した。項目一覧の合計統計量の結果から、1 つの項目が削除された場合の α 係数を確認したところ 0.952~0.955 までの数値を示した。これらのことから技術支援の意識項目一覧の内的整合性は十分にあると判断した。

4) 探索的因子分析

技術支援の意識構造を確認するために、37 項目を観測変数として、各変数に影響を及ぼす潜在変数である因子を推定する探索的因子分析を行った。方法は最尤法を採用し、因子間の相関が認められるためプロマックス回転を用いた。分析手順は、内的一貫性を高めるために因子負荷が 0.35 未満の項目を除外して進めることとした。因子数は Kaiser-Guttman の基準として用いられる固有値 1 以上の基準にして判断した。

1 回目の分析で、全因子に対して寄与率が 0.35 に達していない項目を削除し、2 回目の分析では、2 因子以上に 0.35 以上の負荷量が生じた項目を削除した。再度分析を行い、負荷量が 0.35 に達していない項目を削除し、最終的に 4 回目の分析により、全 37 項目から 9 項目を除いた 28 項目から構成された 5 因子が抽出された(表 4-6)。なお、1 項目のみ共通性が 0.3 に届かず 0.29 となったが、技術支援項目として必要な項目と判断し、そのまま残すこととした。

表 4-6 探索的因子分析結果 N=475

項目	因子負荷量					共通性	
	F1	F2	F3	F4	F5		
第1因子「成果を見据えた支援方針の立案」$\alpha=0.92$ 平均値3.63							
36	市町村に達成感や自信がもたらされるように支援を行う	0.959	-0.109	-0.051	0.014	-0.060	0.698
37	市町村が業務の理解を深めることができるように支援を行う	0.921	0.080	0.038	-0.044	-0.184	0.716
35	市町村が抱える業務が推進・解決されるように支援を行う	0.701	0.034	-0.107	0.095	-0.015	0.509
39	住民(精神障害者や家族等を含む)による市町村への評価が高まるように支援を行う	0.697	-0.012	-0.016	-0.159	0.037	0.370
38	市町村が今後も業務を継続して取り組める体制となるように支援を行う	0.655	0.056	-0.029	0.073	0.057	0.587
40	市町村が実施した手法が、好事例として他市町村でも活用されるように支援を行う	0.639	0.087	-0.090	-0.168	0.208	0.480
26	市町村が抱える業務の苦手意識を変えていくように働きかける	0.543	-0.180	0.157	0.137	0.114	0.551
34	業務に関する課題を他市町村と共有・検討できる機会をつくる	0.542	0.186	0.005	-0.070	-0.001	0.393
33	市町村と医療機関等の他機関との連携を促進するための仲介役となる	0.529	0.014	0.143	0.130	-0.165	0.393
28	市町村が責任をもって業務を遂行するように職員や組織に働きかける	0.507	-0.043	0.059	0.157	0.088	0.498
29	市町村の強みや裁量を最大限に活用できるようにする	0.444	0.151	0.130	0.106	-0.032	0.488
32	業務の課題を協議会や施策と連動させて考えられるように提案する	0.416	0.228	-0.053	-0.033	0.144	0.407
25	業務に対する市町村の不安や負担感を軽減させる	0.414	-0.100	0.164	0.181	0.109	0.487
第2因子「専門的かつ広域的な情報の確認」$\alpha=0.80$ 平均値3.91							
9	業務の根拠となる関連法令や施策を確認する	0.007	0.752	0.078	-0.045	-0.131	0.500
10	市町村が策定する各種計画(障害者計画、健康増進計画等)を確認する	0.135	0.616	-0.099	-0.068	0.133	0.495
11	業務に関連する調査・文献などデータ等を確認する	0.095	0.618	0.017	-0.066	0.046	0.462
7	市町村の相談支援体制や社会資源など、地域状況の情報を確認する	-0.150	0.498	0.089	0.314	-0.033	0.426
8	近隣市町村の実践など広域的な情報を確認する	-0.076	0.481	0.027	0.205	0.139	0.456
第3因子「地域住民として共生する意識の醸成」$\alpha=0.80$ 平均値3.95							
21	クライアント(精神障害者等)を地域から排除させないように注視する	-0.065	0.068	0.915	-0.076	-0.050	0.708
22	クライアント(精神障害者等)は一人の生活者であるという理解を市町村に促す	0.055	0.038	0.802	-0.019	-0.046	0.673
20	周囲の情報よりクライアント(精神障害者等)との援助関係が大切である認識を促す	-0.020	-0.086	0.540	-0.004	0.317	0.488
24	市町村とかがかわる際に市町村と地域住民との距離感に配慮する	0.113	0.043	0.361	-0.047	0.199	0.340
第4因子「市町村との協働的な関係づくり」$\alpha=0.72$ 平均値4.11							
2	役割と責任を分かち合うために、市町村に積極的に協力を依頼する	-0.067	-0.028	-0.098	0.873	0.023	0.601
3	市町村と協働して業務を進めるために、積極的に経験や知識を共有する	0.036	0.029	-0.063	0.741	-0.009	0.548
13	市町村とともに業務に直接かかわりながら支援する	0.087	0.059	0.107	0.437	-0.114	0.290
第5因子「市町村への補完的なかわり」$\alpha=0.76$ 平均値3.47							
16	市町村が把握していない課題は市町村に先んじて保健所が主導的に取り組む	-0.061	0.071	0.024	-0.064	0.792	0.586
19	市町村が行う業務に過不足が生じないように補完的に対応する	0.197	-0.106	0.056	0.032	0.507	0.433
17	市町村が抱える課題を解決するための見通しをもち、共有する	0.191	0.096	-0.043	0.175	0.438	0.569
因子間 相関	第1因子	1	0.610	0.643	0.687	0.704	
	第2因子	0.610	1	0.499	0.547	0.553	
	第3因子	0.643	0.499	1	0.596	0.554	
	第4因子	0.687	0.547	0.596	1	0.613	
	第5因子	0.704	0.553	0.554	0.613	1	
初期の固有値		11.305	1.545	1.408	1.225	1.044	
プロマックス回転後の因子寄与		9.356	6.486	6.763	7.203	7.121	
除外 された 項目	1.市町村から助言や援助の求めがあれば積極的にかかわるようにする	15.市町村が業務に取り組みやすくなるように、事前準備や調整を手伝う					
	4.市町村と上下関係ではなく並列で対等な関係性を保つ	18.業務を具体的に考えられるように「今できること」に焦点をあてる					
	5.対象の業務の特徴をつかむために職員から情報を確認する	23.地域住民の気持ちに関心を寄せて、業務の計画を検討する					
	6.職員や組織の状況を理解するために、職員の経験や職場環境を確認する	27.市町村がこれまで取組んできた業務の経過や意向を尊重する					
	12.自分自身のこれまでの実践経験を支援に活用する	30.着手した業務が継続できるように市町村の職員や組織に定着を勧める					
	14.業務には直接かかわらず、助言や情報提供などの後方支援をする	31.業務の効率化を図るため、市町村の実施体制に働きかける					

第 1 因子は、「市町村に達成感や自信がもたらされるように支援を行う」、「市町村が業務の理解を深めることができるように支援を行う」、「市町村が抱える業務が推進・解決されるように支援を行う」など全 13 項目から構成されていることから、【成果を見据えた支援方針の立案】と命名した(α 係数 0.92)。下位項目の平均値は 3.63 であった。

第 2 因子は「業務の根拠となる関連法令や施策を確認する」、「市町村が策定する各種計画を確認する」など全 5 項目から構成されていることから、【専門的かつ広域的な情報の確認】と命名した(α 係数 0.80)。下位項目の平均値は 3.91 であった。

第 3 因子は、「クライアント(精神障害者等)を地域から排除させないように注視する」、「クライアント(精神障害者等)は一人の生活者であるという理解を市町村に促す」など全 4 項目で構成されていることから、【地域住民として共生する意識の醸成】と命名した(α 係数は 0.80)。下位項目の平均値は 3.95 であった。

第 4 因子は、「市町村と協働して業務を進めるために、積極的に経験や知識を共有する」、「役割と責任を分かち合うために、市町村に積極的に協力を依頼する」など全 3 項目から構成されていることから【市町村との協働的な関係づくり】と命名した(α 係数 0.72)。下位項目の平均値は 4.11 であった。

第 5 因子は、「市町村が把握していない課題は市町村に先んじて保健所が主導的に取り組む」、「市町村が行う業務に過不足が生じないように補足的に対応する」など全 3 項目から構成されていることから【市町村への補完的なかわり】と命名した(α 係数は 0.76)。下位項目の平均値は 3.47 であった。

技術支援の意識構造を構成する 28 項目の平均値は 3.76 であり、 α 係数は 0.94 であった。

5) 検証的因子分析

探索的因子分析によって抽出された 5 因子 28 項目について、構成概念の妥当性を検証するため、検証的因子分析を行った。モデルの適合度指標は、 χ^2/df 値 = 2.971、GFI = 0.867、AGFI = 0.842、CFI = 0.897、RMSEA = 0.064 であった。GFI と AGFI、CFI すべて、一般的に当てはまりが良いとされる 0.90 に達しておらず、RMSEA も一般的に 0.05 以下が望ましいとされているが、数値は若干上回っている

(浦上・脇田 2008:218-219)。そこで、修正指数と改善度を参照し、モデル修正を行った(図 4-1)。モデル修正は単に適合度を高めるためだけに行うのは避け、慎重に検討する必要がある(豊田 2003:100-101)。パスの加除を慎重に行った結果、本結果の 3 か所の項目間(項目 1 と項目 7、項目 3 と項目 4、項目 20 と項目 21)が相関係数 0.3 以上であり、かつ、1%水準で有意な正の誤差相関が生じていた。水本(2012)の相関係数における基準数値を参考に 0.3 以上には弱い相関が生じていると判断したため、パスを追加した。誤差相関が認められる場合、項目の削除を検討することがあるが、因子ごとに再度因子分析をしても除外されずに 1 因子にまとまることから、項目の削除は行わなかった。最終的な適合度指標は、 χ^2/df 値 = 2.648 GFI = 0.882、AGFI = 0.858、CFI = 0.914、RMSEA = 0.059 となった。なお、各因子からのそれぞれの変数へのパス係数は 0.53~0.82、因子間の相関係数は 0.60~0.81 の範囲内であり、すべて 1%水準で有意であった。

ここで、技術支援の意識構造 5 因子の下位項目 28 項目について、それぞれの略称を一覧表で示す(表 4-7)。本章では以降、技術支援の意識構造の下位項目を表す際には、この略称を用いることとする。

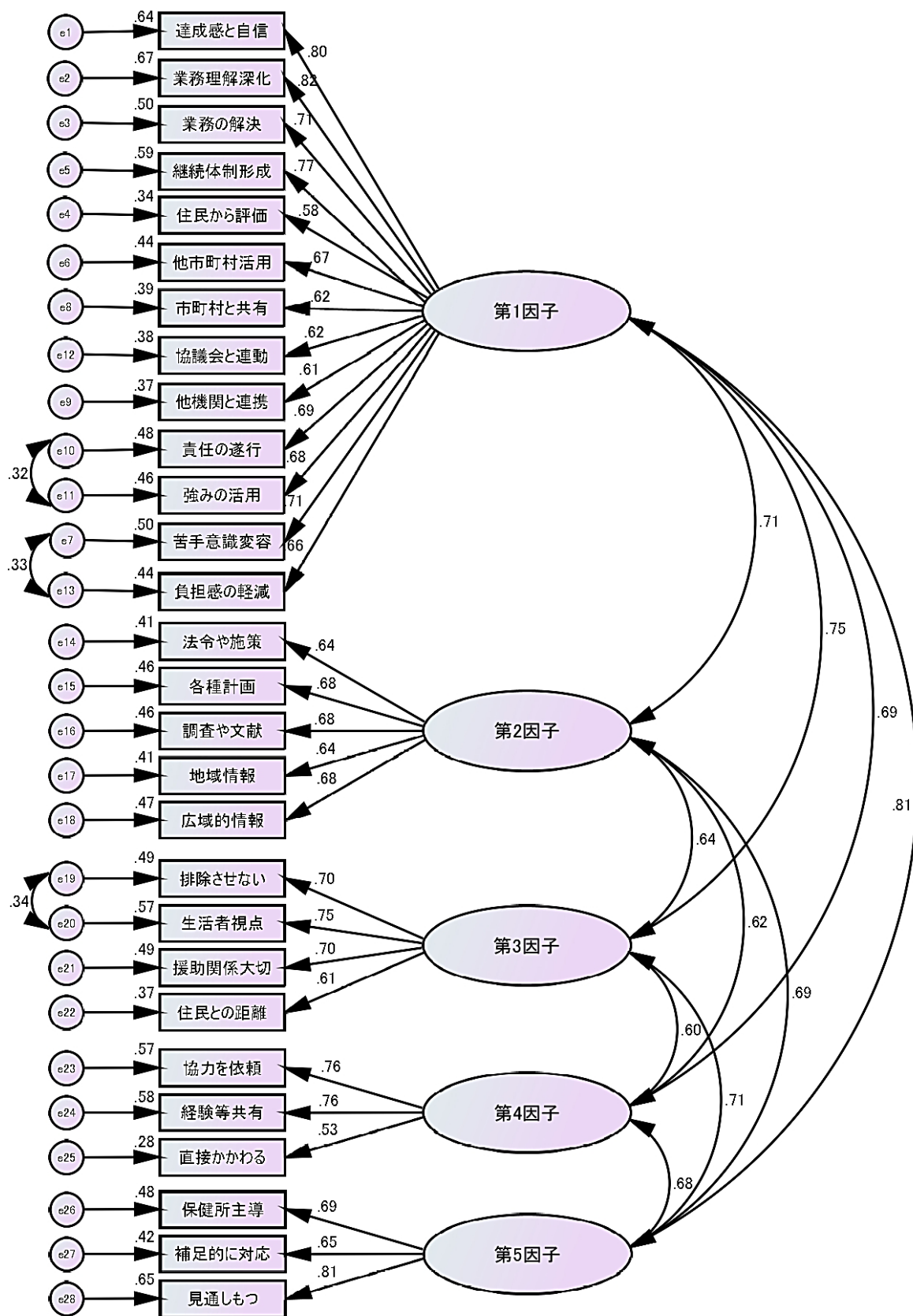


図 4-1 検証的因子分析の結果(標準化解)

表 4-7 技術支援の意識構造 5 因子の下位項目 28 項目の略称

項目	略称
第1因子「成果を見据えた支援方針の立案」	
36 市町村に達成感や自信がもたらされるように支援を行う	達成感と自信
37 市町村が業務の理解を深めることができるように支援を行う	業務理解深化
35 市町村が抱える業務が推進・解決されるように支援を行う	業務の解決
38 市町村が今後も業務を継続して取り組める体制となるように支援を行う	継続体制形成
39 住民(精神障害者や家族等を含む)による市町村への評価が高まるように支援を行う	住民から評価
40 市町村が実施した手法が、好事例として他市町村でも活用されるように支援を行う	他市町村活用
34 業務に関する課題を他市町村と共有・検討できる機会をつくる	市町村と共有
32 業務の課題を協議会や施策と連動させて考えられるように提案する	協議会と連動
33 市町村と医療機関等の他機関との連携を促進するための仲介役となる	他機関と連携
28 市町村が責任をもって業務を遂行するように職員や組織に働きかける	責任の遂行
29 市町村の強みや裁量を最大限に活用できるようにする	強みの活用
26 市町村が抱える業務の苦手意識を変えていくように働きかける	苦手意識変容
25 業務に対する市町村の不安や負担感を軽減させる	負担感の軽減
第2因子「専門的かつ広域的な情報の確認」	
9 業務の根拠となる関連法令や施策を確認する	法令や施策
10 市町村が策定する各種計画(障害者計画、健康増進計画等)を確認する	各種計画
11 業務に関連する調査・文献などデータ等を確認する	調査や文献
7 市町村の相談支援体制や社会資源など、地域状況の情報を確認する	地域情報
8 近隣市町村の実践など広域的な情報を確認する	広域的情報
第3因子「地域住民として共生する意識の醸成」	
21 クライアント(精神障害者等)を地域から排除させないように注視する	排除させない
22 クライアント(精神障害者等)は一人の生活者であるという理解を市町村に促す	生活者視点
20 周囲の情報よりクライアント(精神障害者等)との援助関係が大切である認識を促す	援助関係大切
24 市町村とかわる際に市町村と地域住民との距離感に配慮する	住民との距離
第4因子「市町村との協働的な関係づくり」	
2 役割と責任を分かち合うために、市町村に積極的に協力を依頼する	協力を依頼
3 市町村と協働して業務を進めるために、積極的に経験や知識を共有する	経験等共有
13 市町村とともに業務に直接かわりながら支援する	直接かわる
第5因子「市町村への補完的なかわり」	
16 市町村が把握していない課題は市町村に先んじて保健所が主導的に取り組む	保健所主導
19 市町村が行う業務に過不足が生じないように補足的に対応する	補足的に対応
17 市町村が抱える課題を解決するための見通しをもち、共有する	見通しもつ

※ 技術支援の意識構造の修正モデル(図 4-1)に合わせて、探索的因子分析結果(表 4-6)の下位項目の順序を一部入れ替えている。

第3項 技術支援の実施における課題

1) 質問項目及び平均値

5 類型 16 項目で構成された技術支援課題の平均値と標準偏差を表 4-8 に示した。技術支援課題として最も認識されていたことを表す、一番平均値が高い項目は、項目 4「市町村の業務に対する意欲や考え方によって、支援の効果が左右される」で 3.40(SD=1.17)であった。次いで、項目 15「市町村への支援に関する研修の機会が少ない」が 3.12(SD=1.21)、項目 11「自分に市町村を支援するだけの業務の知識や経験が乏しい」が 3.09(SD=1.21)と続いた。一方で、技術支援課題として最も認識されていなかったことを示す、一番平均値が低い項目は、項目 16「市町村を支援することにやりがいを感じない」の 2.33(SD=1.33)であった。次いで、項目 10「市町村への支援方法などに困った時に相談できる同僚・上司がない」が 2.43(SD=1.43)、項目 1「普段から市町村とのやりとりが少なく、支援の依頼が来ない」が 2.54(SD=1.29)であった。なお、天井効果と床効果は認められなかった。

2) 各項目の相関関係

技術支援課題の 16 項目を 5 つの類型ごとに、各項目間の相関行列分析を行った。データ分布状況をヒストグラムで視覚的に確認したところ、両側が中央よりも高くなっているような明らかに正規分布とは言いがたい項目が、16 項目のうち複数確認された。そこで、相関関係は Spearman の順位相関係数により判断した。結果は表 4-9 のとおりであり、全ての類型に含まれる項目が、1%又は 5%水準で有意である正の相関を示した。この結果、類型ごとに区分した項目群は、一定の類似性を有していると判断した。

表 4-8 技術支援課題項目一覧(平均・標準偏差) N=475

項目	平均	標準偏差
類型1『市町村との関係性に関する課題』		
1 普段から市町村とのやりとりが少なく、支援の依頼が来ない	2.54	1.29
2 管轄する市町村が広域(又は市町村数が多い)で、支援が行き届かない	2.77	1.28
3 市町村職員と定期的に顔を合わせる機会がなく、関係性が築けない	2.55	1.25
類型2『業務の特性に関する課題』		
4 市町村の業務に対する意欲や考え方によって、支援の効果が左右される	3.40	1.17
5 市町村ごとに特性が異なるため、各々のニーズに応じた支援ができない	2.84	1.08
6 日常業務が多忙で、市町村への支援に時間が割けない	3.06	1.18
類型3『組織の実施体制に関する課題』		
7 保健所内で市町村への支援について検討する機会がない	2.79	1.24
8 保健所として、他業務に比べて市町村支援の優先順位が低い	2.70	1.26
9 市町村への支援の対応に困っても、複数の職員が協力し取り組む体制が保健所がない	2.69	1.37
10 市町村への支援方法などに困った時に相談できる同僚・上司がいない	2.43	1.43
類型4『個人の力量・能力に関する課題』		
11 自分に市町村を支援するための業務の知識や経験が乏しい	3.09	1.21
12 市町村の地域アセスメント(地区診断)が十分でなく、必要な情報が把握できない	2.89	1.05
13 業務の課題が多様化していて、これまでの支援経験だけでは対応しきれない	3.00	1.09
類型5『技術の習得に関する課題』		
14 市町村支援のやり方は人それぞれで異なるため、他者から学ぶことができない	2.77	1.29
15 市町村への支援に関する研修の機会が少ない	3.12	1.21
16 市町村を支援することにやりがいを感じない	2.33	1.33

表 4-9 技術支援課題項目の類型間の相関関係

市町村との関係性に関する課題	項目1	項目2	項目3		
	項目1	1	.254**	.438**	
	項目2	.254**	1	.395**	
	項目3	.438**	.395**	1	
業務の特性に関する課題	項目4	項目5	項目6		
	項目4	1	.178**	.107*	
	項目5	.178**	1	.227**	
	項目6	.107*	.227**	1	
組織の実施体制に関する課題	項目7	項目8	項目9	項目10	
	項目7	1	.393**	.301**	.226**
	項目8	.393**	1	.423**	.280**
	項目9	.301**	.423**	1	.465**
	項目10	.226**	.280**	.465**	1
個人の力量に関する課題	項目11	項目12	項目13		
	項目11	1	.294**	.266**	
	項目12	.294**	1	.233**	
	項目13	.266**	.233**	1	
技術の習得に関する課題	項目14	項目15	項目16		
	項目14	1	.226**	.271**	
	項目15	.226**	1	.139**	
	項目16	.271**	.139**	1	

Spearman の順位相関係数 * p<.05 ** p<.01

3)自由記述

上記 16 項目のほかに、回答者が感じている技術支援に関する困難さや課題の自由記述を得た。159 人から 183 の回答が得られた。分析の結果、表 4-10 のとおり、7 類型 27 コードを生成した。なお、類型の順番は、技術支援課題項目一覧(表 4-8)の類型順に対応するように定めた。

表 4-10 市町村への支援を行ううえでの困難さや課題の自由記述 N=159(複数回答)

項目	回答数
類型Ⅰ「市町村との関係性に関する課題」	
1 管内の市町村が多くて支援が行き届かない	7
2 市町村とのやりとりの機会が少ない	4
3 市町村との信頼関係が構築できない	4
4 互いの業務理解が進まない	3
類型Ⅱ「業務の特性に関する課題」	
5 技術支援のやりやすさが市町村職員個人の意識や考え方に影響される	9
6 各市町村で特性が異なるため、対応しきれない	8
7 技術支援の範囲や内容が多様化、高度化している	2
8 技術支援の法的根拠が不明確である	2
類型Ⅲ「組織の実施体制に関する課題」	
9 保健所のマンパワーが不足している	8
10 保健所内の協力体制が整っていない	7
11 技術支援の意義や必要性が保健所内で理解されない	3
類型Ⅳ「個人の力量に関する課題」	
12 市町村にうまく説明できない	6
13 市町村が担う業務を十分理解できていない	6
14 技術支援に関する知識や経験が不足している	4
15 技術支援の方法や程度が、保健所職員の考え方によって異なる	2
類型Ⅴ「技術の習得に関する課題」	
16 人事異動があるため知識や経験が積みあがらない	5
17 技術支援を学ぶ機会がない	3
類型Ⅵ「市町村の業務体制に関する課題」	
18 市町村が精神保健福祉業務を組織で対応する意識に乏しい	30
19 市町村職員が精神保健業務は保健所で担うべきと認識している	21
20 市町村内の庁内連携がうまくいっていない	12
21 市町村の非専門職だと業務の理解が得られにくい	8
22 市町村が精神保健福祉業務に受身的、消極的である	8
23 市町村のマンパワーが不足している	4
24 市町村の業務拡大で多忙	3
25 人事異動で市町村の担当者が定着しない	3
類型Ⅶ「その他の課題」	
26 新型コロナウイルス感染症の影響により精神保健福祉業務に時間が割けない	9
27 地域の社会資源の違いによって技術支援の内容が左右される	2
回答数合計 183	

類型Ⅰは、「市町村との関係性に関する課題」とした。生成された4個のコードのうち、「管内の市町村が多くて支援が行き届かない」の回答数が7と最も多かった。「市町村とのやりとりの機会が少ない」、「市町村との信頼関係が構築できない」4と続いた。

類型Ⅱは、「業務の特性に関する課題」とした。生成された4個のコードのうち、「技術支援のやりやすさが市町村職員個人の意識や考え方に影響される」の回答数が9と最も多く、次いで、「各市町村で特性が異なるため、対応しきれない」8と続いた。

類型Ⅲは、「組織の実施体制に関する課題」とした。生成された3個のコードのうち、「保健所のマンパワーが不足している」の回答数が8と最も多く、「保健所内の協力体制が整っていない」7、「技術支援の意義や必要性が保健所内で理解されない」3であった。

類型Ⅳは、「個人の力量に関する課題」とした。生成された4個のコードのうち、「市町村にうまく説明できない」、「市町村が担う業務を十分理解できていない」の回答数が6と最も多かった。

類型Ⅴは、「技術の習得に関する課題」とした。生成された2個のコードのうち、「人事異動があるため知識や経験が積みあがらない」の回答数が5で、「技術支援を学ぶ機会がない」3であった。

類型Ⅵは、新たな類型として「市町村の業務体制に関する課題」とした。8個のコードが生成され、「市町村が精神保健福祉業務を組織で対応する意識に乏しい」の回答数が30と最も多く、次いで、「市町村職員が精神保健福祉業務は保健所で担うべきと認識している」21、「市町村の市内連携がうまくいっていない」12と続いた。

類型Ⅶは、「その他の課題」とし、2個のコードが生成された。「新型コロナウイルス感染症の影響により精神保健福祉業務に時間が割けない」9、「地域の社会資源の違いによって技術支援の内容が左右される」2であった。

第4項 技術支援の意識構造に影響を与える要因

1) 個人の属性及び技術支援課題が与える影響(重回帰分析)

仮説1-1・2・3 「専門職の個人属性、専門職個人の力量に関する課題の程

度、組織の実施体制に関する課題の程度によって、技術支援の意識度合いが異なる」を検証するため、技術支援の意識構造の潜在変数として抽出された5因子の因子得点を従属変数とし、回答者の基本属性の各項目と技術支援課題を得点化した数値を独立変数にした重回帰分析を行った。

回答者の基本属性を独立変数に設定するにあたって、カテゴリカルな項目はダミー変数化した(表4-11のとおり)。

表4-11 基本属性(カテゴリカル項目)のダミー変数化一覧

質問項目 (カテゴリカル)	ダミー変数	数値化		備考
		1	0	
性別	男性	男性	女性	「答えたくない」は欠損値
保有資格	保健師	保健師	社会福祉専門職と保健師以外の職種	社会福祉専門職(精神保健福祉士と社会福祉士)が基準カテゴリー
	他専門職	社会福祉専門職と保健師以外の職種	保健師	
相談員任命	任命あり	任命あり	任命なし	
業務外研鑽機会	研鑽あり	1年に1回以上	1年に1回未満、参加していない	
0JTを受けた機会	経験あり	今まで1度でも受けたことがある	一度も受けたことがない	「覚えていない・わからない」は欠損値
学会等への入会	入会あり	入会あり	入会なし	

また、技術支援課題については、個人的要因と組織的要因の影響について検証するため、技術支援課題項目一覧(表4-8)の中から、個人的要因は、類型4「個人の力量に関する課題」(以下、「個人力量課題」という。)、組織的要因として類型3「組織の支援体制に関する課題」(以下、「組織体制課題」という。)の2類型を採用し、それぞれの類型ごとに主成分分析を行い、主成分得点を算出した。

重回帰分析(強制投入法)による分析結果は、表4-12のとおり、5つの因子全てで有意なモデル($F=5.617\sim 9.528$, $p<0.001$)が得られた。

基本属性において、技術支援の意識構造のすべての因子に有意な正の影響を与えている変数は、「精神担当勤務年数」と「0JTを受けた機会」であった。これは、精神保健福祉担当の経験年数が長い専門職ほど、技術支援に関する意識全体が高まること、専門職が0JTを受けた経験を得ることによって、技術支援の意識全体

を高めることを意味している。また、一部の因子に影響を与えている変数は「学会等への入会」であり、第2因子のみに有意な正の影響を与えていた。これは、全国規模の学会等に入会していることが、【専門的かつ広域的な情報の確認】の意識を高めることを意味している。

技術支援課題のなかで個人的要因として独立変数に投入した「個人力量課題」については、第1因子と第4因子に有意な負の影響を与えていた。これは、「個人力量課題」をより強く感じている専門職ほど、【成果を見据えた支援方針の立案】と【市町村との協働的な関係づくり】の意識が低くなることを意味している。組織的要因として独立変数に投入した「組織体制課題」は、技術支援の意識構造のすべての因子に有意な負の影響を与えていた。これは、「組織体制課題」をより強く感じている専門職ほど、技術支援の意識全体が低くなることを意味している。

この分析から、仮説1-1「専門職の個人属性(経験年数、職種など)によって、技術支援の意識度合いが異なる」、仮説1-2「専門職個人の力量に関する課題の程度によって、技術支援の意識度合いが異なる」仮説1-3「組織の実施体制に関する課題の程度によって、技術支援の意識度合いが異なる」を検証した。結果、仮説1-1と仮説1-2については部分的に支持され、仮説1-3については支持された。

なお、分析にあたり独立変数間の多重共線性(VIF)を確認したが、最高値でも3を超えることはなかったため、結果に支障はないと判断した。ただし、5つの因子モデルの自由度調整済み決定係数の値が、0.119~0.200であったことから、十分な説明力を持っているとは言い難い結果となった。

表 4-12 技術支援の意識構造の各因子に影響を与える要因(重回帰分析) N=376

項目			第1因子 「成果を見据えた支援方針の立案」				第2因子 「専門的かつ広域的な情報の確認」			
			非標準化係数		t	p値	非標準化係数		t	p値
			b	標準誤差			b	標準誤差		
基本属性	性別	男性	-0.208	0.128	-1.626	-0.185	0.125	-1.482		
	保有資格	福祉専門職	reference							
		保健師	0.172	0.134	1.285	0.164	0.131	1.254		
		その他専門職	-0.223	0.214	-1.044	0.120	0.208	0.574		
	自治体勤務年数		0.008	0.006	1.326	0.005	0.006	0.905		
	精神担当勤務年数		0.023	0.007	3.111	0.018	0.007	2.464	*	
	相談員任命	任命あり	0.183	0.113	1.616	0.084	0.110	0.759		
	業務外研鑽機会	研鑽あり	0.008	0.097	0.084	-0.132	0.094	-1.405		
OJTを受けた機会	経験あり	0.337	0.096	3.529	0.226	0.093	2.442	*		
学会等への入会	入会あり	0.173	0.095	1.787	0.225	0.092	2.435	*		
技術支援課題	個人力量課題		-0.134	0.047	-3.021	-0.073	0.046	-1.606		
	組織体制課題		-0.125	0.047	-2.693	-0.111	0.045	-2.444	*	
			F(11,364)=9.528,P<0.001 R ² =0.224(調整済みR ² =0.200)				F(11,364)=5.617,P<0.001 R ² =0.145(調整済みR ² =0.119)			

項目			第3因子 「地域住民として共生する意識の醸成」				第4因子 「市町村との協働的な関係づくり」			
			非標準化係数		t	p値	非標準化係数		t	p値
			b	標準誤差			b	標準誤差		
基本属性	性別	男性	0.015	0.128	0.121	-0.099	0.125	-0.792		
	保有資格	福祉専門職	reference							
		保健師	0.187	0.134	1.398	0.030	0.131	0.228		
		その他専門職	-0.161	0.214	-0.756	-0.143	0.209	-0.682		
	自治体勤務年数		-0.002	0.006	-0.427	0.007	0.006	1.248		
	精神担当勤務年数		0.023	0.007	3.122	0.015	0.007	1.998	*	
	相談員任命	任命あり	0.112	0.113	0.997	0.116	0.111	1.047		
	業務外研鑽機会	研鑽あり	0.007	0.097	0.074	-0.004	0.095	-0.045		
OJTを受けた機会	経験あり	0.366	0.095	3.850	0.226	0.093	2.423	*		
学会等への入会	入会あり	0.075	0.095	0.796	0.132	0.093	1.418			
技術支援課題	個人力量課題		-0.093	0.047	-1.998	-0.110	0.046	-2.390	*	
	組織体制課題		-0.116	0.046	-2.505	-0.227	0.046	-4.985	***	
			F(11,364)=5.859,P<0.001 R ² =0.15(調整済みR ² =0.125)				F(11,364)=7.85,P<0.001 R ² =0.192(調整済みR ² =0.167)			

項目			第5因子 「市町村への補完的なかわり」			
			非標準化係数		t	p値
			b	標準誤差		
基本属性	性別	男性	-0.086	0.123	-0.702	
	保有資格	福祉専門職	reference			
		保健師	0.155	0.128	1.209	
		その他専門職	-0.172	0.205	-0.840	
	自治体勤務年数		0.007	0.005	1.222	
	精神担当勤務年数		0.021	0.007	2.930	**
	相談員任命	任命あり	0.127	0.108	1.175	
	業務外研鑽機会	研鑽あり	-0.113	0.092	-1.223	
OJTを受けた機会	経験あり	0.233	0.091	2.555	*	
学会等への入会	入会あり	0.098	0.091	1.076		
技術支援課題	個人力量課題		-0.070	0.045	-1.563	
	組織体制課題		-0.145	0.045	-3.256	**
			F(11,364)=6.532,P<0.001 R ² =0.165(調整済みR ² =0.140)			

*P<0.05,**P<0.01,***P<0.001

第5項 事例における技術支援の活用度合い

1) 事例の概況

「市町村への支援が最もうまくいった」と感じた事例について、その概況を把握するため、4つの項目についての回答結果を表4-13に示す。

表4-13 技術支援の実践事例の概況 N=475

	N	%
【対象の事例の業務種類】		
個別相談	296	62.3
普及啓発、ボランティア育成	11	2.3
家族教室、相談会	12	2.5
協議会・事例検討会、各種連絡会	79	16.6
市町村主催の研修会	18	3.8
各種計画の策定会議	12	2.5
保健所主催の連絡会・研修会	44	9.3
その他	3	0.6
【事例でかかわった市町村職種】		
保健師	348	73.3
社会福祉士	27	5.7
精神保健福祉士	37	7.8
社会福祉主事	9	1.9
事務職	39	8.2
その他	6	1.3
未確認	9	1.9
【支援を始めたきっかけ】		
市町村からの依頼	249	52.4
保健所が判断しかかわる	194	40.8
その他	32	6.7
【保健所と市町村との連絡方法】		
保健所も市町村も相互に連絡した	359	75.6
保健所が必要と判断したときに連絡した	71	14.9
市町村からの連絡を受けた	31	6.5
普段はやり取りせず、会議の場面で確認した	12	2.5
継続的ではなく、一回限りのやりとり	2	0.4

(1) 対象事例の業務種類

技術支援の対象となった業務種類は、市町村が対応したクライアントへの面接相談や訪問指導に該当する「個別相談」が 296 件(62.3%)と最も多かった。次いで、市町村が主催する自殺対策に関する会議や自立支援協議会等を含む「協議会・事例検討会・各種連絡会」が 79 件(16.6%)であった。技術支援の事例の中には、保健所が主催する事業を通して技術支援を行う場合があるため、選択項目に「保健所が主催する連絡会や研修会等」を設けた。この項目を選択した件数は 44 件(9.3%)であった。「その他」の 3 件(0.6%)は、地域移行支援に関する業務などであった。

(2) 対象事例でかかわった市町村職員の職種

対象事例でかかわった市町村職員の職種について、最も多かった市町村の職種は「保健師」で 348 人(73.3%)であった。次いで「事務職」39 人(8.2%)、「精神保健福祉士」37 人(7.8%)、「社会福祉士」27 人(5.7%)と続いたが、いずれの職種も 1 割に満たなかった。「その他」には介護士、作業療法士等の他専門職が含まれていた。

(3) 技術支援を行ったきっかけ

技術支援を行ったきっかけは、「市町村から依頼があっただけかかわった」事例が 249 件(52.4%)で半数以上を占めた。次いで、「保健所として支援の必要があると判断してかかわった」194 件(40.8%)であった。「その他」32 件(6.7%)は、精神保健福祉法第 23 条の警察官通報をきっかけに関与した事例や、市町村と保健所の相互の話し合いにより始めたケースなどが含まれていた。

(4) 市町村との関与方法

市町村との関与方法は、最も多かった回答が「保健所も市町村も相互に連絡を取り合っていた」359 件(75.6%)であった。次いで、「(どちらかといえば)保健所が必要と判断したときに連絡していた」71 件(14.9%)で、この 2 つの回答で全体の 90.5%となった。

2)技術支援の意識項目の活用度合い

回答者が選択をした技術支援の対象事例において、技術支援の意識項目が、実践でどの程度活用されていたかを4件法で尋ねた結果を表4-14に示した。全体的に「4」の「十分に行えた」と「3」の「やや行えた」に回答が集中していた。

最も平均値が高かったのは、項目4「市町村と上下関係ではなく並列で対等な関係性を保った」3.68(SD=0.56)で、次いで項目1「市町村から助言や援助の求めがあれば積極的にかかわるようにした」3.62(SD=0.56)であった。最も平均値が低かったのは、項目31「業務の効率化を図るため、市町村の実施体制に働きかけた」2.42(SD=0.83)、次いで、項目40「市町村が実施した手法が、好事例として他市町村でも活用されるように支援した」2.41(SD=0.88)であった。「対象外」が最も多く選択されたのは、項目14「業務には直接かかわらず、助言や情報提供などの後方支援をした」79件(16.6%)、次いで、項目32「業務の課題を協議会や施策と連動させて考えられるように提案した」77件(16.2%)であった。

表 4-14 技術支援の意識項目の活用度合い

項目	平均	標準偏差	4.十分に行えた		3.やや行えた		2.あまり行えなかった		1.全く行えなかった		N.対象外	
			度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
1 市町村から助言や援助の求めがあれば積極的にかかわるようになった	3.62	0.56	308	64.8	154	32.4	7	1.5	4	0.8	2	0.4
2 役割と責任を分かち合うために、市町村に積極的に協力を依頼した	3.34	0.67	208	43.8	209	44	44	9.3	3	0.6	11	2.3
3 市町村と協働して業務を進めるために、積極的に経験や知識を共有した	3.34	0.69	217	45.7	200	42.1	51	10.7	3	0.6	4	0.8
4 市町村と上下関係ではなく並列で対等な関係性を保った	3.68	0.56	337	70.9	124	26.1	9	1.9	4	0.8	1	0.2
5 対象の業務の特徴をつかむために職員から情報を確認した	3.50	0.63	263	55.4	179	37.7	19	4	5	1.1	9	1.9
6 職員や組織の状況を理解するために、職員の経験や職場環境を確認した	2.85	0.79	96	20.2	201	42.3	134	28.2	15	3.2	29	6.1
7 市町村の相談支援体制や社会資源など、地域状況の情報を確認した	3.31	0.66	192	40.4	231	48.6	41	8.6	3	0.6	8	1.7
8 近隣市町村の実践など広域的な情報を確認した	2.78	0.86	92	19.4	181	38.1	132	27.8	28	5.9	41	8.6
9 業務の根拠となる関連法令や施策を確認した	3.05	0.82	146	30.7	196	41.3	90	18.9	17	3.6	26	5.5
10 市町村が策定する各種計画(障害者計画、健康増進計画等)を確認した	2.55	0.93	72	15.2	136	28.6	148	31.2	54	11.4	65	13.7
11 業務に関連する調査・文献などデータ等を確認した	2.56	0.94	75	15.8	141	29.7	146	30.7	56	11.8	57	12
12 自分自身のこれまでの実践経験を支援に活用した	3.33	0.68	210	44.2	215	45.3	42	8.8	5	1.1	3	0.6
13 市町村とともに業務に直接かわりながら支援した	3.49	0.72	280	58.9	135	28.4	37	7.8	8	1.7	15	3.2
14 業務には直接かわらず、助言や情報提供などの後方支援をした	2.96	0.80	98	20.6	205	43.2	73	15.4	20	4.2	79	16.6
15 市町村が業務に取り組みやすくなるように、事前準備や調整を手伝った	3.05	0.78	138	29.1	209	44	95	20	11	2.3	22	4.6
16 市町村が把握していない課題は市町村に先んじて保健所が主導的に取り組んだ	2.84	0.83	95	20	176	37.1	122	25.7	19	4	63	13.3
17 市町村が抱える課題を解決するための見通しをもち、共有した	3.19	0.68	155	32.6	248	52.2	60	12.6	4	0.8	8	1.7
18 業務を具体的に考えられるように「今できること」に焦点をあてた	3.41	0.66	236	49.7	199	41.9	34	7.2	4	0.8	2	0.4
19 市町村が行う業務に過不足が生じないように補足的に対応した	2.89	0.67	75	15.8	256	53.9	113	23.8	5	1.1	26	5.5
20 周囲の情報よりクライアント(精神障害者等)との援助関係が大切である認識を促した	3.13	0.75	150	31.6	212	44.6	76	16	8	1.7	29	6.1
21 クライアント(精神障害者等)を地域から排除させないように注視した	3.26	0.73	186	39.2	201	42.3	58	12.2	6	1.3	24	5.1
22 クライアント(精神障害者等)は一人の生活者であるという理解を市町村に促した	3.28	0.75	198	41.7	194	40.8	50	10.5	10	2.1	23	4.8
23 地域住民の気持ちに関心を寄せて、業務の計画を検討した	2.95	0.81	118	24.8	182	38.3	117	24.6	12	2.5	46	9.7
24 市町村とかわる際に市町村と地域住民との距離感に配慮した	2.85	0.77	89	18.7	202	42.5	134	28.2	11	2.3	39	8.2
25 業務に対する市町村の不安や負担感を軽減させようとした	3.06	0.75	135	28.4	230	48.4	91	19.2	9	1.9	10	2.1
26 市町村が抱える業務の苦手意識を変えていくように働きかけた	2.95	0.84	129	27.2	186	39.2	118	24.8	17	3.6	25	5.3
27 市町村がこれまで取組んできた業務の経過や意向を尊重した	3.17	0.71	158	33.3	238	50.1	63	13.3	7	1.5	9	1.9
28 市町村が責任をもって業務を遂行するように職員や組織に働きかけた	2.98	0.80	128	26.9	205	43.2	112	23.6	12	2.5	18	3.8
29 市町村の強みや裁量を最大限に活用できるようにした	3.11	0.79	164	34.5	204	42.9	91	19.2	10	2.1	6	1.3
30 着手した業務が継続できるように市町村の職員や組織に定着を勧めた	2.80	0.84	93	19.6	186	39.2	125	26.3	26	5.5	45	9.5
31 業務の効率化を図るため、市町村の実施体制に働きかけた	2.42	0.83	43	9.1	129	27.2	188	39.6	46	9.7	69	14.5
32 業務の課題を協議会や施策と連動させて考えられるように提案した	2.65	0.95	86	18.1	135	28.4	130	27.4	47	9.9	77	16.2
33 市町村と医療機関等の他機関との連携を促進するための仲介役となった	3.15	0.80	172	36.2	189	39.8	77	16.2	13	2.7	24	5.1
34 業務に関する課題を他市町村と共有・検討できる機会をつくった	2.77	1.02	112	23.6	153	32.2	80	16.8	64	13.5	66	13.9
35 市町村が抱える業務が推進・解決されるように支援した	3.22	0.70	170	35.8	234	49.3	54	11.4	6	1.3	11	2.3
36 市町村に達成感や自信がもたらされるように支援した	3.01	0.78	134	28.2	205	43.2	115	24.2	7	1.5	14	2.9
37 市町村が業務の理解を深めることができるように支援した	3.14	0.75	155	32.6	221	46.5	72	15.2	10	2.1	17	3.6
38 市町村が今後も業務を継続して取り組める体制となるように支援した	3.05	0.71	118	24.8	246	51.8	83	17.5	7	1.5	21	4.4
39 住民(精神障害者や家族等を含む)による市町村への評価が高まるように支援した	2.60	0.81	60	12.6	171	36	171	36	30	6.3	43	9.1
40 市町村が実施した手法が、好事例として他市町村でも活用されるように支援した	2.43	0.88	54	11.4	131	27.6	179	37.7	57	12	54	11.4

3) 技術支援が「うまくいった」と感じた要因(自由記述)

回答者が選択した「最もうまくいった」事例において、技術支援が成果として表れるなど、「うまくいった」とされる要因を自由記述で尋ねた。228人から256の回答が得られた。分析の結果、表4-15のとおり、5類型25コードを生成した。

表4-15 技術支援が「うまくいった」要因(ポイント)の自由記述 N=228(複数回答)

項目	回答数
類型Ⅰ「市町村との関係づくりに関する要因」	
1 日頃から関係づくり、コミュニケーションをとっていた	47
2 情報の共有や交換を密に行った	25
3 互いの役割と責務を理解し、できることの相互理解を深めた	12
4 市町村と知識や経験を共有した	3
5 対等な立場である意識をもってかかわった	2
類型Ⅱ「保健所のかかわり方に関する要因」	
6 事業の企画から一緒に取り組んだ	29
7 求められたときにタイムリーにかかわった	10
8 定期的・継続的に話し合う機会をつくった	9
9 市町村に足を運んで直接かかわった	8
10 保健所が主導的に動き、働きかけた	4
類型Ⅲ「組織レベルの働きかけに関する要因」	
11 関係機関との連携体制づくりを図った	17
12 事前に保健所内で協議をして進めた	5
13 市町村の所属に働きかけた	2
14 組織同士が意見交換できる機会をつくった	1
類型Ⅳ「支援方法の工夫に関する要因」	
15 市町村の意向を尊重しながらかかわった	16
16 市町村の困難さ、大変さ、苦手意識に寄り添った	14
17 当事者主体の姿勢で支援することを心がけた	13
18 支援の達成目標を明確にした	8
19 市町村の強みを活かして支援した	3
20 市町村職員が達成感を得られるように支援した	3
21 他専門家を紹介した	3
22 支援の見通しをもちながらかかわった	2
23 事業や施策と連動させるように支援した	2
24 支援経験を活かしてかかわった	2
類型Ⅴ「市町村の姿勢に関する要因」	
25 市町村の意欲の高さ、積極的な姿勢があった	16
合計数	256

類型Ⅰは、「市町村との関係づくりに関する要因」とした。5個のコードが生成され、「日頃から関係づくり、コミュニケーションをとっていた」47が最も多かった。次いで、「情報の共有や交換を密に行った」25、「互いの役割と責務を理解し、できることの相互理解を深めた」12と続いた。

類型Ⅱは、「保健所のかかわり方に関する要因」とした。5個のコードが生成され、「事業の企画から一緒に取り組んだ」が29と最も多かった。次いで、「支援を求められたときにタイムリーにかかわった」10、「定期的・継続的に話し合う機会をつくった」9と続いた。

類型Ⅲは、「組織レベルの働きかけに関する要因」とした。5個のコードが生成され、「関係機関との連携体制づくりを図った」が17と最も多く、次に「事前に保健所内で協議をして進めた」5であった。

類型Ⅳは、「支援方法の工夫に関する要因」とした。10個のコードが生成され、「市町村の意向を尊重しながらかかわった」が16と最も多かった。次いで、「市町村の困難さ、大変さ、苦手意識に寄り添った」14、「当事者主体の姿勢で支援することを心がけた」13と続いた。

類型Ⅴは、「市町村の姿勢に関する要因」とした。1個のコードが生成され、「市町村の意欲の高さ、積極的な姿勢があった」が16となった。

第6項 技術支援の活用度合いに影響を与える要因

1) 技術支援の意識度合いと活用度合いとの関連

仮説2-1「技術支援の各項目に関する意識が高い専門職ほど、実践で技術支援の各項目をより活用している」を確かめるため、「設問Ⅰ 市町村支援に関する意識」の回答結果(技術支援の意識度合い)と、「設問Ⅱ 市町村への支援経験」の質問5~9(技術支援の活用度合い)の回答結果に関連があるかを検証した。技術支援の意識構造の5因子28項目に絞って分析し、技術支援の意識度合い(5件法)と、活用度合い(4件法)の平均値をそれぞれ求めたうえで、2つのデータの関係性を相関係数で示した。

分析の結果、全ての項目において1%水準で有意な正の相関が認められた。それぞれの項目の意識度合いと活用度合いとの相関の程度は0.298から0.570までとなり、低程度から中程度の範囲内であった(表4-16)。

このことから、仮説2-1「技術支援の意識が高い専門職ほど、実践で技術支援をより活用している」ことが検証された。

4-16 技術支援項目の意識度合いと活用度合いとの関連

因子	項目（質問番号・略称）	意識度合い 平均値	活用度合い 平均値	相関係数	P値
第1因子	36 達成感と自信	3.53	3.01	0.550	***
	37 業務理解深化	3.72	3.14	0.425	***
	35 業務の解決	3.72	3.22	0.342	***
	39 住民から評価	3.16	2.60	0.527	***
	38 継続体制形成	3.64	3.05	0.485	***
	40 他市町村活用	3.21	2.43	0.468	***
	26 苦手意識変容	3.65	2.95	0.564	***
	34 市町村と共有	3.84	2.77	0.415	***
	33 他機関と連携	3.97	3.15	0.434	***
	28 責任の遂行	3.65	2.98	0.478	***
	29 強みの活用	3.90	3.11	0.480	***
	32 協議会と連動	3.57	2.65	0.438	***
	25 負担感の軽減	3.71	3.06	0.440	***
第2因子	9 法令や施策	4.20	3.05	0.456	***
	10 各種計画	3.73	2.55	0.444	***
	11 調査や文献	3.53	2.56	0.423	***
	7 地域情報	4.26	3.31	0.458	***
	8 広域的情報	3.83	2.78	0.451	***
第3因子	21 排除させない	4.16	3.26	0.473	***
	22 生活者視点	4.23	3.28	0.570	***
	20 援助関係大切	3.77	3.13	0.451	***
	24 住民との距離	3.61	2.85	0.463	***
第4因子	2 協力を依頼	4.16	3.34	0.305	***
	3 経験等共有	4.05	3.34	0.385	***
	13 直接かかわる	4.12	3.49	0.298	***
第5因子	16 保健所主導	3.42	2.84	0.418	***
	19 補足的に対応	3.29	2.89	0.325	***
	17 見通しもつ	3.69	3.19	0.318	***

相関係数 Spearmanの順位相関係数 ***P<0.001

得点範囲 意識度合い（1～5）、活用度合い（1～4）

注:活用度合いの「N.対象外」を分析対象から除外したため、分析対象数は項目ごとに異なる。

2) 技術支援の意識構造に影響を与える要因と活用度合いとの関連

技術支援の意識構造の5因子を従属変数とした重回帰分析の結果、技術支援の意識度合いに影響を与えている要因は、回答者の属性では精神担当勤務年数、OJTを受けた機会、学会等への入会であり、いずれも有意な正の影響を与えていた。技術支援課題では、個人力量課題、組織体制課題であり、有意な負の影響を与えていた。そこで、仮説2-2「技術支援の意識に影響を与えている要因は、技術支援の実践での活用にも影響を与えている」の検証を行うため、分散分析を行った。

分析方法は、従属変数には5つの因子を、独立変数には技術支援の意識構造の全因子に有意な影響を与えていた回答者属性の「精神担当勤務年数」と「OJTを受けた機会」、技術支援課題の「組織体制課題」の3項目を設定した。なお、分析にあたっては回答者属性と技術支援課題を別に行った。

(1) 回答者の属性が与える技術支援の活用度合いへの影響

実践における技術支援の活用度合いのうち、技術支援の意識構造の5因子28項目に絞って分析をした。5つの因子の平均値が、回答者の属性の2項目(「精神担当勤務年数」と「OJTを受けた機会」)によって差が生じるかを検証した。

分析手順は、まず、因子ごとの下位項目の平均値を算出した。平均値を計算する際、「対象外」(支援を行う必要がなかったため、行わなかった)が選択されていた場合は母数から除外した。1つの因子の下位項目すべてが対象外であった場合のみ欠損値として扱った。

次に、回答者の属性の精神担当勤務年数を3つの群に区分した。すべての有効回答数を3等分する年数が、勤務年数3年と10年になったことから、3年目以下の回答者を【精神年数低】群、4年目以上9年目までを【精神年数中】群、10年目以上を【精神年数高】群に分けることにした(表4-17)。また、回答者の属性のOJTを受けた機会については、【OJT無】群と【OJT有】群に分け、「わからない、覚えていない」は欠損値として扱った(表4-18)。

表 4-17 回答者の属性「精神担当勤務年数」の 3 区分

	回答者数	精神担当勤務年数	区分名
1	144	3 年以下	【精神年数低】
2	97	4 年目以上 9 年目以下	【精神年数中】
3	137	10 年目以上	【精神年数高】

表 4-18 回答者の属性「OJT を受けた機会」の 2 区分

	回答者数	OJT 経験	区分名
1	170	OJT を受けた経験無し	【OJT 無】
2	208	OJT を受けた経験有り	【OJT 有】

平均値の差の検定を行う前に、回答者属性の精神担当勤務年数の 3 区分と OJT を受けた機会の 2 区分について、回答者が選択した実践事例の概要に明らかな偏りが生じていないかを確認した。具体的には、設問Ⅱ(市町村への支援経験)の質問 1～4(対象業務・市町村職員の職種・支援のきっかけ・関与方法)について、最も多かった回答選択項目の割合を算定し、その数値に有意差が生じているかを検定するため、カイ 2 乗検定(残差分析)を行った。それぞれの結果は表 4-19、4-20 のとおりであった。精神担当勤務年数の 3 区分については、対象業務に個別相談を選んだ割合に有意差が認められ、精神年齢低群で他の 2 群と比べて個別相談を選択した割合が有意に高かった。これは、一般的に勤務年数が長くなると、グループリーダーや管理職のような役職に就く専門職も多くなる。役職によっては、個別相談を受ける機会が減り、市町村主催の協議会や計画策定の機会にたずさわることが増えると想定されるため、割合に差が生じたものと考えられる。

OJT を受けた機会では、対象となった市町村職種に保健師を選んだ割合に有意差が認められ、OJT 有群の方が、OJT 無群に比べて市町村保健師を選択した割合が有意に高かった。調査回答者の職種のうち、約 7 割が保健師であることから、同職種への技術支援を行った割合が高いことが推測される。OJT を受けた経験のある専門職が、より積極的に同じ専門職である市町村職員に対して技術支援を行ったと考えられる。そのことは、専門職として自然なことと考えられる。

以上のことから、事例概要の選択が本研究の分析結果に対して特段の影響を与えてはいないと判断した。

表 4-19 「精神担当勤務年数」3区分の実践事例概要の群間比較

N=453		基本属性		
		精神年数低群	精神年数中群	精神年数高群
(1)業務内容		$\chi^2=10.917, df=2, p<.01$		
個別相談 (n=285)	度数	125	64	96
	選択割合	71.4%	52.9%	61.1%
	調整済み残差	3.0	-2.7	-0.6
(2)市町村の職種		n.s.		
保健師 (n=332)	度数	131	90	111
	選択割合	74.9%	74.4%	70.7%
	調整済み残差	0.6	0.3	-0.9
(3)きっかけ		n.s.		
市町村からの依頼があった (n=237)	度数	89	61	87
	選択割合	50.9%	50.4%	55.4%
	調整済み残差	-0.5	-0.5	1.0
(4)関与方法		n.s.		
相互に連絡を取り合っていた (n=346)	度数	126	96	124
	選択割合	72.0%	79.3%	79.0%
	調整済み残差	-1.7	0.9	0.9

表 4-20 「OJTを受けた機会」2区分の実践事例概要の群間比較

N=369		基本属性	
		OJT無群	OJT有群
(1)業務内容		n.s.	
個別相談 (n=285)	度数	133	102
	選択割合	65.5%	61.4%
	調整済み残差	0.8	-0.8
(2)市町村の職種		$\chi^2=5.528, df=1, p<.05$	
保健師 (n=332)	度数	138	131
	選択割合	68.0%	78.9%
	調整済み残差	-2.4	2.4
(3)きっかけ		n.s.	
市町村からの依頼があった (n=237)	度数	112	86
	選択割合	55.2%	51.8%
	調整済み残差	0.6	-0.6
(4)関与方法		n.s.	
相互に連絡を取り合っていた (n=346)	度数	147	129
	選択割合	72.4%	77.7%
	調整済み残差	-1.2	1.2

次に、各因子及び全項目の合計の平均値と標準偏差を確認した。

各因子の平均値のヒストグラムと正規確率プロットから、データ分布状況を視覚的にも確認したところ、第4因子以外の4つの因子は正規分布と判断できる形状であった。第4因子は全因子のなかで平均値が最も高く、最高点(4点)に近いことが影響し、多少偏った分布になったと考えられる。あらためて5因子の下位項目28項目の合計点の平均値を算出し、分布状況を確認したところ、5因子の合

計の平均値は正規分布に従っていると判断できた。本検定では、2 要因の交互作用効果を検証する必要もあることなどを考慮し、5 因子とも平均値が正規分布に従っていると仮定して分析を進めることにした。

そこで、5 つの因子ごとの活用度合いの平均値を従属変数に、回答者の属性を独立変数とした 2 要因分散分析を行った(表 4-21)。

表 4-21 技術支援因子の活用度合いに影響を与える属性の検証

因子名	全体		精神担当勤務年数 主効果(F値)	OJTを受けた機会 主効果(F値)	交互作用 (F値)
	平均値	SD			
第1因子 【成果を見据えた支援方針の立案】	2.96	0.54	9.628 ***	13.162 ***	0.938
第2因子 【専門的かつ広域的な情報の確認】	2.88	0.64	12.362 ***	3.957 *	0.096
第3因子 【地域住民として共生する意識の醸成】	3.14	0.61	4.324 *	6.381 *	2.799
第4因子 【市町村との協働的な関係づくり】	3.39	0.57	0.156	7.425 **	0.465
第5因子 【市町村への補完的なかわり】	3.00	0.58	4.757 **	10.321 **	1.948

多重比較: Bonferroni * P<0.05 ** P<0.01 ***P<0.001

5つの因子それぞれについて、精神担当勤務年数とOJTを受けた機会の主効果、2つの属性の交互作用効果について検証した。

結果は、精神担当勤務年数の主効果が第4因子を除いた4因子で認められ、経験年数を重ねた専門職の方が、活用度合いが高まることが明らかになった。また、全ての因子において、OJTを受けた機会の主効果が認められ、OJTを受けた経験がある専門職の方が、経験がない専門職よりも活用度合いが高まることが明らかになった。交互作用については全ての因子でみられなかった。

続いて、それぞれの要因ごとの影響について検証した。

①【成果を見据えた支援方針の立案】(第1因子)への2要因の影響

第1因子【成果を見据えた支援方針の立案】を構成する13項目の平均値では、精神担当勤務年数の主効果($F(2, 372)=9.628, p<0.001$)とOJTを受けた機会の主効果($F(1, 372)=13.162, p<0.001$)が認められた。交互作用は認められなかった。

それぞれの要因ごとに多重比較を行った。OJTの有無の影響を比較した結果、精神担当低群(3年目以下)と精神担当中群(4年以上9年以下)ではOJT有群の方が、OJT無群よりも活用度合いが有意に高いことが示された。

精神担当勤務年数の影響について比較した結果、OJT無群では、精神担当高群(10年以上)は精神担当低群よりも活用度合いが有意に高いことが示された。OJT有群では、精神担当勤務年数の違いによる有意差はみられなかった(表4-22, 23, 図4-2)。

表 4-22 精神担当勤務年数(3区分)でのOJTを受けた機会(2区分)の平均値の差(第1因子)

精神担当 勤務年数	OJT無群		OJT有群		F値	P値
	平均値	SD	平均値	SD		
精神担当低群	2.72	0.53	2.94	0.52	6.052	0.014 ***
精神担当中群	2.86	0.48	3.14	0.55	6.990	0.009 ***
精神担当高群	3.06	0.53	3.16	0.51	1.217	0.271 N.S.

***P<0.001

表 4-23 OJTを受けた機会(2区分)での精神担当勤務年数(3区分)の平均値の差(第1因子)

OJTを 受けた機会	A 精神担当低群		B 精神担当中群		C 精神担当高群		F値	P値	多重比較
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD			
OJT無群	2.72	0.53	2.86	0.48	3.06	0.53	8.046	0.000 ***	A<C
OJT有群	2.94	0.52	3.14	0.55	3.16	0.51	0.508	0.049 *	

多重比較(Bonferroni)は有意差が生じた結果のみ記載

* P<0.05 ***P<0.001

第1因子【成果を見据えた支援方針の立案】

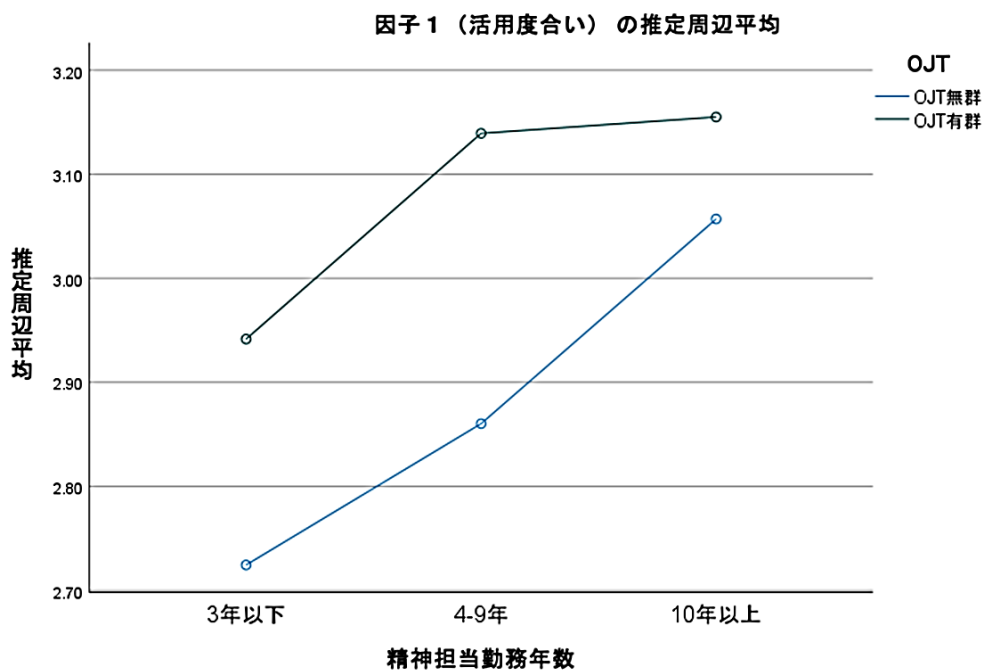


図 4-2 精神担当勤務年数(3区分)とOJTを受けた機会(2区分)での多重比較(第1因子)

②【専門的かつ広域的な情報の確認】(第2因子)への2要因の影響

次に、第2因子【専門的かつ広域的な情報の確認】を構成する5項目の平均値では、精神担当勤務年数の主効果($F(2, 372)=12.362, p<0.001$)とOJTを受けた機会の主効果($F(1, 372)=3.957, p<0.05$)が認められた。交互作用は認められなかった。

それぞれの要因ごとに多重比較を行った。OJTを受けた機会の有無の影響を比較した結果、精神担当勤務年数の3群全てにおいて、OJTを受けた機会の有無による活用度合いの平均値には有意差がなかった。

精神担当勤務年数の影響について比較した結果、OJT無群とOJT有群ともに、精神担当中群と精神担当高群は精神担当低群よりも活用度合いが有意に高くなる結果が示された(表4-24, 25, 図4-3)。

表 4-24 精神担当勤務年数(3 区分)での OJT を受けた機会(2 区分)の平均値の差(第 2 因子)

精神担当 勤務年数	OJT無群		OJT有群		F値	P値	
	平均値	SD	平均値	SD			
精神担当低群	2.63	0.52	2.73	0.67	0.795	0.373	N.S.
精神担当中群	2.92	0.55	3.06	0.67	1.192	0.276	N.S.
精神担当高群	2.95	0.63	3.10	0.66	2.207	0.138	N.S.

表 4-25 OJT を受けた機会(2 区分)での精神担当勤務年数(3 区分)の平均値の差(第 2 因子)

OJTを 受けた機会	A 精神担当低群		B 精神担当中群		C 精神担当高群		F値	P値	多重比較
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD			
OJT無群	2.63	0.52	2.92	0.55	2.95	0.63	5.917	0.003 *	A<B A<C
OJT有群	2.73	0.67	3.06	0.67	3.16	3.10	6.473	0.002 *	A<B A<C

多重比較(Bonferroni)は有意差が生じた結果のみ記載

* P<0.05 ***P<0.001

第2因子【専門的かつ広域的な情報の確認】

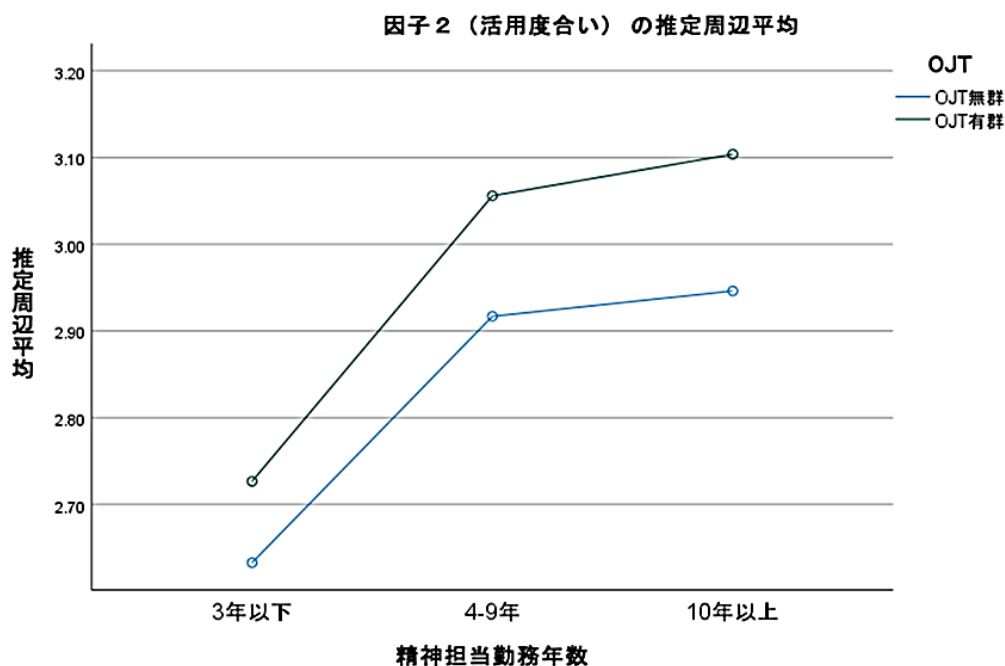


図 4-3 精神担当勤務年数(3 区分)と OJT を受けた機会(2 区分)での多重比較(第 2 因子)

③【地域住民として共生する意識の醸成】(第3因子)への2要因の影響

第3因子【地域住民として共生する意識の醸成】を構成する4項目の平均値では、精神担当年数の主効果($F(2, 372)=4.324, p<0.05$)とOJTを受けた機会の主効果($F(1, 372)=6.381, p<0.05$)が認められた。交互作用は認められなかった。

それぞれの要因ごとに多重比較を行った。OJTの有無の影響を比較した結果、精神担当中群では、OJT有群の方がOJT無群よりも活用度合いが有意に高くなることが示された。

精神担当勤務年数の影響について比較した結果、OJT無群では、精神担当高群は、精神担当低群($p<0.014$)と精神担当中群($p<0.038$)よりも活用度合いが有意に高くなることが示された。OJT有群では、精神担当勤務年数の違いによる有意差は生じなかった(表4-26, 27, 図4-4)。

表 4-26 精神担当勤務年数(3区分)でのOJTを受けた機会(2区分)の平均値の差(第3因子)

精神担当 勤務年数	OJT無群		OJT有群		F値	P値	
	平均値	SD	平均値	SD			
精神担当低群	2.98	0.61	3.09	0.63	1.242	0.266	N.S
精神担当中群	2.97	0.66	3.35	0.61	9.127	0.003	**
精神担当高群	3.25	0.55	3.24	0.57	0.003	0.960	N.S

** P<0.01

表 4-27 OJTを受けた機会(2区分)での精神担当勤務年数(3区分)の平均値の差(第3因子)

OJTを 受けた機会	A 精神担当低群		B 精神担当中群		C 精神担当高群		F値	P値	多重比較
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD			
OJT無群	2.98	0.61	2.97	0.66	3.25	0.55	4.909	0.008 **	
								0.014 *	A<C
								0.038 *	B<C
OJT有群	3.09	0.63	3.35	0.61	3.24	0.57	2.349	0.097	N.S.

多重比較(Bonferroni)は有意差が生じた結果のみ記載

* P<0.05 ***P<0.001

第3因子【地域住民として共生する意識の醸成】

因子3(活用度合い)の推定周辺平均

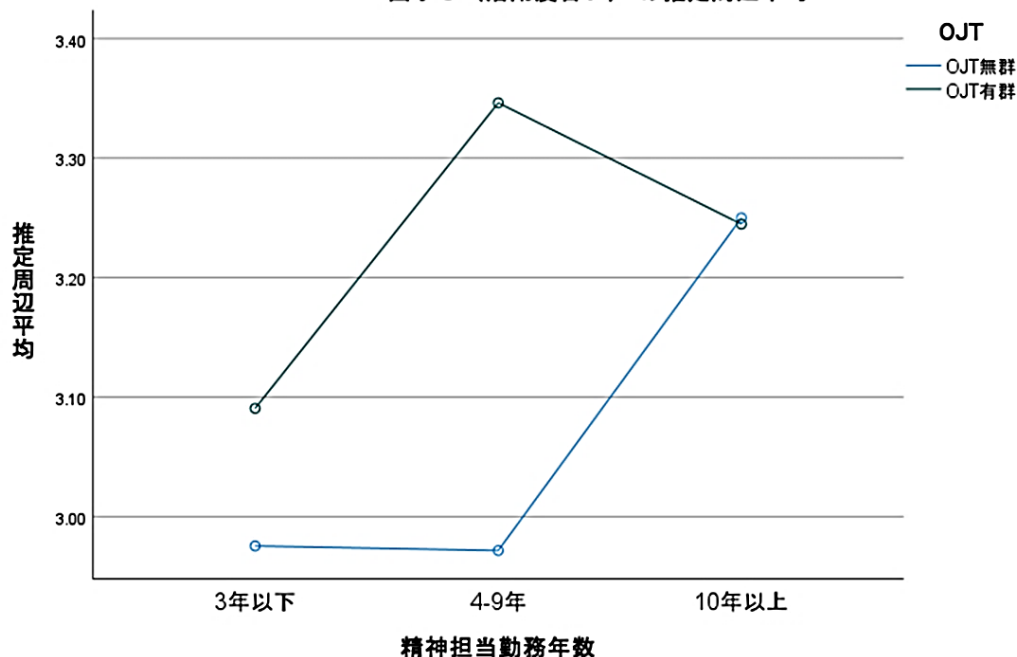


図 4-4 精神担当勤務年数(3区分)とOJTを受けた機会(2区分)での多重比較(第3因子)

④【市町村との協働的な関係づくり】(第4因子)への2要因の影響

第4因子【市町村との協働的な関係づくり】を構成する3項目の平均値では、OJTを受けた経験の主効果($F(1, 372)=7.425, p<0.01$)が認められたが、精神担当勤務年数の主効果は認められなかった。交互作用も認められなかった。

それぞれの要因ごとに多重比較を行った。OJTの有無の影響を比較した結果、精神担当低群では、OJT有群の方がOJT無群よりも活用度合いが有意に高くなることが示された。それ以外の精神担当中群、精神担当高群では有意差は生じていなかった。

精神担当勤務年数の影響について比較した結果、OJTを受けた機会の有無にかかわらず、精神担当年数による活用度合いの平均値に有意差はなかった(表4-28, 29, 図4-5)。

表 4-28 精神担当勤務年数(3 区分)での OJT を受けた機会(2 区分)の平均値の差(第 4 因子)

精神担当 勤務年数	OJT無群		OJT有群		F値	P値
	平均値	SD	平均値	SD		
精神担当低群	3.23	0.66	3.46	0.49	6.119	0.014 *
精神担当中群	3.33	0.61	3.46	0.52	1.392	0.239 N.S
精神担当高群	3.42	0.55	3.53	0.47	1.355	0.245 N.S

* P<0.05

表 4-29 OJT を受けた機会(2 区分)での精神担当勤務年数(3 区分)の平均値の差(第 4 因子)

OJTを 受けた機会	A 精神担当低群		B 精神担当中群		C 精神担当高群		F値	P値
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD		
OJT無群	3.23	0.66	3.33	0.61	3.42	0.55	2.314	0.100 N.S
OJT有群	3.46	0.49	3.46	0.52	3.53	0.47	0.289	0.749 N.S

第4因子【市町村との協働的な関係づくり】

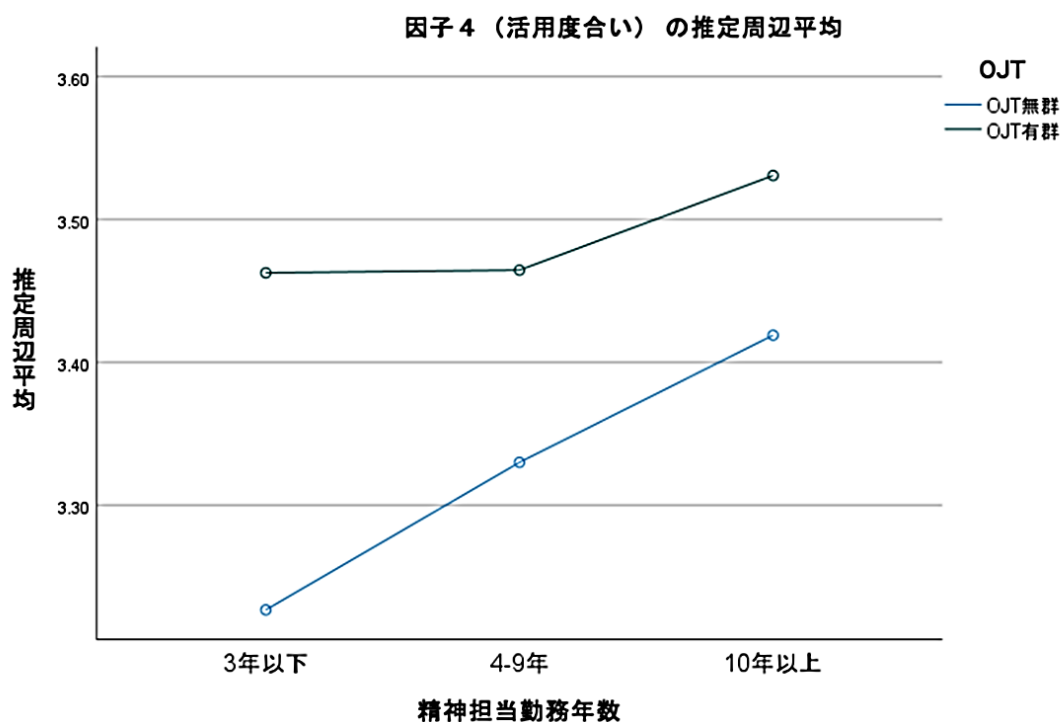


図 4-5 精神担当勤務年数(3 区分)と OJT を受けた機会(2 区分)での多重比較(第 4 因子)

⑤【市町村への補完的なかわり】(第5因子)への2要因の影響

第5因子【市町村への補完的なかわり】を構成する3項目の平均値では、精神担当勤務年数の主効果($F(2, 372)=4.757, p<0.01$)とOJTを受けた経験の主効果($F(1, 372)=10.321, p<0.01$)が認められた。交互作用は認められなかった。

それぞれの要因ごとに多重比較を行った。OJTの有無の影響を比較した結果、精神担当低群と精神担当中群では、OJT有群の方がOJT無群よりも活用度合いが有意に高くなることが示された。

精神担当勤務年数の影響について比較した結果、OJT無群では、精神担当高群は精神担当低群よりも活用度合いが有意に高くなる結果が示された。OJT有群では、精神担当勤務年数の違いによる有意差はなかった(表4-30, 31, 図4-6)。

表 4-30 精神担当勤務年数(3 区分)での OJT を受けた機会(2 区分)の平均値の差(第 5 因子)

精神担当 勤務年数	OJT無群		OJT有群		F値	P値
	平均値	SD	平均値	SD		
精神担当低群	2.79	0.59	3.00	0.59	4.838	0.028 *
精神担当中群	2.88	0.55	3.21	0.55	8.002	0.005 **
精神担当高群	3.08	0.61	3.12	0.47	0.142	0.706 N.S.

* P<0.05 ** P<0.01

表 4-31 OJT を受けた機会(2 区分)での精神担当勤務年数(3 区分)の平均値の差(第 5 因子)

OJTを 受けた機会	A 精神担当低群		B 精神担当中群		C 精神担当高群		F値	P値	多重比較
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD			
OJT無群	2.79	0.59	2.88	0.55	3.08	0.61	5.324	0.005 **	
								0.004 **	A<C
OJT有群	3.00	0.59	3.21	0.55	3.12	0.47	1.785	0.169	N.S.

多重比較(Bonferroni)は有意差が生じた結果のみ記載

* P<0.05 ***P<0.001

第5因子【市町村への補完的なかわり】

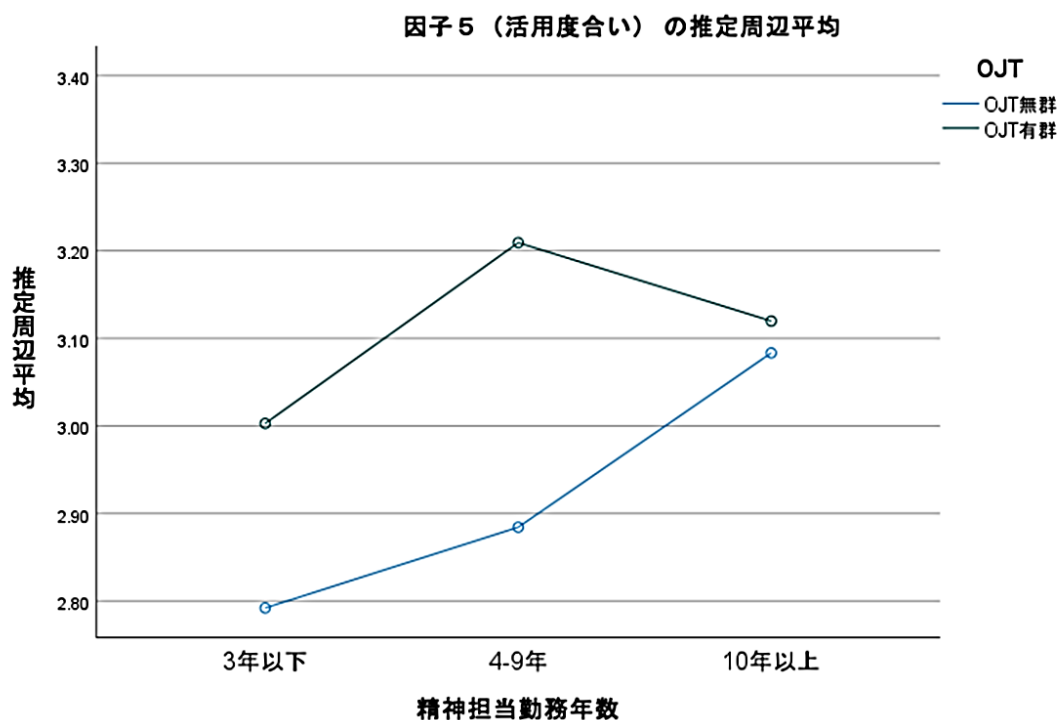


図 4-6 精神担当勤務年数(3 区分)と OJT を受けた機会(2 区分)での多重比較(第 5 因子)

(2) 技術支援課題が与える技術支援の活用度合いへの影響

5 因子の平均値が、組織体制課題において差が生じるかを検定した。分析手順は、上記の「(1)回答者の属性が与える技術支援の活用度合いへの影響」と同様に、まず5つの因子の平均値を算出した。次に、技術支援課題の一類型「組織体制課題」(4項目)に対して主成分分析を行い、算出された主成分得点から、組織体制課題の程度を表4-32のとおり3つに区分した。

表4-32 技術支援課題「組織体制課題」の3区分

	回答者数	主成分得点の範囲	区分名
A	160	-1.76 以上 -0.38 未満	【組織課題低】
B	162	-0.38 以上 0.594 未満	【組織課題中】
C	153	0.594 以上 2.48 以下	【組織課題高】

3区分に対して、回答者が選択した実践事例の概要に明らかな偏りが生じていないかについて確認した。分析結果は、表4-33のとおりであった。回答者が最も多く選んだ選択肢の割合の平均値に差異はあるものの、有意な差は認められなかった。

表4-33 組織体制課題3区分における実践事例概要の群間比較

N=457	組織体制課題			
	組織課題低群	組織課題中群	組織課題高群	
(1)業務内容	N.S.			
個別相談 (n=287)	度数	98	100	89
	選択割合	64.9%	63.7%	59.7%
	調整済み残差	0.7	0.3	-0.9
(2)市町村の職種	N.S.			
保健師 (n=335)	度数	113	110	112
	選択割合	74.8%	70.1%	75.2%
	調整済み残差	0.5	-1.1	0.6
(3)きっかけ	N.S.			
市町村からの依頼があった (n=238)	度数	75	87	76
	選択割合	49.7%	55.4%	51.0%
	調整済み残差	-0.7	1.0	-0.3
(4)関与方法	n.s.			
相互に連絡を取り合っていた (n=348)	度数	120	121	107
	選択割合	79.5%	77.1%	71.8%
	調整済み残差	1.2	0.3	-1.5

そのうえで、因子ごとの活用度合いの平均値を従属変数に、技術支援課題 3 区分を独立変数とした一元配置分散分析を行った。

分析結果は表 4-34 のとおりであった。組織体制課題の 3 区分ごとの平均値に差が生じた因子は、第 1 因子 ($F(2, 474)=10.907, p<0.001$)、第 3 因子 ($F(2, 465)=3.640, p<0.05$)、第 4 因子 ($F(2, 474)=5.196, p<0.01$)、第 5 因子 ($F(2, 471)=9.161, p<0.001$)であった。

表 4-34 技術支援因子の活用度合いに影響を与える組織体制課題の検証

因子	全体 N=475		A 組織課題低群 N=160		B 組織課題中群 N=162		C 組織課題高群 N=153		F値	p値	多重比較
	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD	平均値	SD			
第1因子	2.95	0.54	3.11	0.56	2.85	0.51	2.90	0.51	10.907	0.000 ***	
										0.000 ***	A>B
										0.002 **	A>C
第2因子	2.87	0.63	2.93	0.68	2.86	0.62	2.83	0.59	1.026	0.359	n.s.
第3因子	3.13	0.62	3.24	0.61	3.07	0.63	3.08	0.60	3.640	0.027 *	n.s.
第4因子	3.39	0.57	3.51	0.55	3.33	0.60	3.33	0.54	5.196	0.006 **	
										0.014 *	A>B
										0.019 *	A>C
第5因子	3.00	0.57	3.15	0.58	2.89	0.59	2.95	0.51	9.161	0.000 ***	
										0.000 ***	A>B
										0.008 **	A>C

多重比較(Bonferroni)は有意差が生じた結果のみ記載

* $P<0.05$ ** $P<0.01$ *** $P<0.001$

次に 4 因子を多重比較した結果を示す。

第 1 因子【成果を見据えた支援方針の立案】を構成する 13 項目の平均値では、組織課題低群は、組織課題中群 ($p<0.001$) と組織課題高群 ($p<0.01$) と比べ、活用度合いが有意に高くなる結果が示された。

第 3 因子【地域住民として共生する意識の醸成】を構成する 4 項目の平均値では、群間での有意差が認められなかった。

第 4 因子【市町村との協働的な関係づくり】を構成する 3 項目の平均値では、組織課題低群は、組織課題中群 ($p<0.05$) と組織課題高群 ($p<0.05$) と比べ、活用度

合いが有意に高くなる結果が示された。

第 5 因子【市町村への補完的なかわり】を構成する 3 項目の平均値でも、組織課題低群が、組織課題中群 ($p < 0.001$) と組織課題高群 ($p < 0.01$) と比べ、活用度合いが有意に高くなる結果となった。

以上から第 1、4、5 因子において、組織課題低群が、組織課題中群と組織課題高群と比べて、技術支援の活用度合いが高まっていることが明らかになった。これにより、専門職が勤務する保健所の組織体制に関する課題が少ないことが、技術支援の活用度合いの高さにつながることを示唆された。

第6節 小括

本章では、県型保健所が市町村に行う技術支援の内容、意識構造を明らかにし、意識度合いに影響を与える要因や、技術支援項目の活用度合いを明らかにするための調査を行い、その結果を示した。

まず、県型保健所専門職が市町村に行う技術支援の内容と意識構造を明らかにするため、質的調査で項目原案を抽出し、量的調査を行った結果に対して因子分析を行った。分析の結果、抽出された5因子と、それらの因子を構成する28項目による技術支援の意識構造を提示した。因子分析の結果の妥当性を検証するために検証的因子分析を行い、モデルの適合度も確認した。

続いて、技術支援の意識構造に影響を与えている要因を把握した。また、実際の事例をもとに技術支援の活用度合いについて調査を行い、分析結果から各要因の実践への影響を検証した。

技術支援の意識構造に影響を与えている要因については、「専門職の個人属性によって、県型保健所の専門職が市町村に行う技術支援の意識度合いが異なる(仮説1-1)」と仮説を立てて検証した。その結果、「精神保健福祉担当としての通算勤務年数が長い」、「職場内で技術支援の指導(OJT)を受けたことがある」専門職の方が、技術支援の意識度合いが有意に高くなることが明らかになった。また、「全国規模の学会や職能団体等に入会している」専門職の方が、技術支援の一部の因子において意識度合いが有意に高くなることが明らかになった。

次に、技術支援するだけの業務の知識や経験の乏しさを感じる、業務の課題が多様化して対応できないと考えるといった「専門職の力量に関する課題」については「専門職個人の力量に関する課題の程度によって、技術支援の意識度合いが異なる(仮説1-2)」と仮説を立てて検証した。その結果、専門職が自身の力量に対して課題を強く感じているほど、技術支援の意識度合いが一部の因子において有意に低くなることが明らかになった。

さらに、保健所内で技術支援の検討機会がないことや複数の職員が協力して取り組む体制が整っていないといった「組織の実施体制に関する課題」については「組織の実施体制に関する課題の程度によって、技術支援の意識度合いが異なる(仮説1-3)」を立てて検証した。その結果、県型保健所の組織体制の課題を強

く感じている専門職ほど技術支援の意識度合いが有意に低くなることが明らかになった。

技術支援への意識と実践の関連性については、「技術支援に関する意識が高い専門職ほど、実践で技術支援をより活用している(仮説2-1)」と仮説を立てて検証した。その結果、技術支援の意識度合いが高いほど、実践での技術支援の活用度合いが高いことが明らかになった。

技術支援への意識と実践の関連性が認められたことを踏まえ、技術支援の実践での活用度合いへの影響要因については「技術支援の意識に影響を与えている要因は、技術支援の実践での活用にも影響を与えている(仮説2-2)」と仮説を立てて検証した。その結果、精神担当勤務年数では、4つの因子において年数を重ねた専門職の方が、活用度合いが高まることが明らかになった。OJTを受けた機会では、全ての因子において、OJTを受けた経験を得ることによって技術支援の活用度合いが高まることが明らかになった。また、因子ごとの多重比較を行ったところ、OJTを受けた経験がある人よりも、経験がない人の方が精神担当勤務年数の影響が強い傾向にあり、精神担当勤務年数が10年未満の専門職は、OJTを受ける経験を得ることによって、技術支援の活用度合いが高くなる傾向にあることが検証された。

一方、組織の実施体制に関する課題については、専門職が認識する課題が少ないことによって、3つの因子の活用度合いが高まることが明らかになった。

第5章 総合考察

精神包括ケアシステムの構築を推進するためには、市町村が精神保健福祉業務を着実かつ効果的に展開できるようになることが重要となる。そのためにも、県型保健所は技術支援を通して、市町村の抱える業務課題の解消や市町村機能の向上を図る援助を行いながら、市町村を中心とした重層的な支援体制を構築していくことが求められている。

本研究では、県型保健所が市町村に行う技術支援に着目し、技術支援の効果的な実践方法とその提供体制のあり方を提起することを目的としてきた。

そして、研究目的を果たすために政策レベル、組織レベル、援助技術レベルに分けて、研究課題を設定した(第1章第3節)。

政策レベルの研究課題は「精神保健福祉領域の法令及び政策等の変遷をもとに、県型保健所が担ってきた役割や業務の動向を整理する」(研究課題1)とし、その内容を第2章で示した。

組織レベルの研究課題は「県型保健所における精神保健福祉業務の従事状況を都道府県ごとに明らかにする」(研究課題2)とし、その内容を第3章で示した。

援助技術レベルの研究課題は「県型保健所の専門職が市町村に行う技術支援の意識構造を明らかにする。そして、技術支援の意識に影響を与える要因、技術支援の活用度合いに影響を与える要因等を明らかにする」(研究課題3)とし、その内容を第4章で示した。

本章では、この3点の研究課題に沿って考察したうえで、本研究の研究目的をもとに得られた知見を提示する。それから、精神障害者等のより良い暮らしの実現を目指す精神包括ケアシステムの構築に向けた、県型保健所に関連するソーシャルワーク実践への示唆を得る。

第1節 県型保健所を取り巻く環境

第1項 政策の影響により県型保健所が抱える課題

本研究では、精神保健福祉法の成立以降の県型保健所の役割と業務を確認するため、研究課題1として「精神保健福祉領域の法令及び政策等の変遷をもとに、県型保健所が担ってきた役割や業務の動向を整理する」を設けた(第1章第3節)。変遷の特徴をわかりやすく表すために、調査対象時期(1995(平成7)年から2021(令和3)年3月までの期間)を3期に分けて、市町村と県型保健所における政策上の役割と業務を整理した(第2章)。

市町村が精神障害者福祉の実施主体となってからは、県型保健所には地域の精神保健の中核的な役割が法令等に規定されてきた。また、どの時期においても市町村に技術支援を行うことが求められてきたことを確認できた。

わが国の精神保健福祉施策は、精神保健福祉法の制定後も法改正を重ね、精神保健福祉業務の実施主体が都道府県から市町村へと拡がる、という特徴をみせてきた。これは、地方分権の推進や地域保健法の施行等を受けて、より住民の生活に密着したサービス提供を推進していく流れが、精神保健福祉施策にも影響を与えたとされている(田中 2001:25-41)。精神保健福祉領域では、2004(平成16)年に策定された精神保健医療福祉の改革ビジョン以降、市町村による相談支援体制を基礎としながら、県型保健所が市町村とともに相談支援業務を担う重層的な支援体制が敷かれるようになった。この支援体制によって、市町村が取り組む精神保健福祉業務に対して、県型保健所が技術支援を通して関与する仕組みが構築されたと考えられる。

市町村は精神障害者等への福祉サービスに関する支援業務の実施主体となったが、精神保健業務に関しては、依然、保健所が総合的な担い手となり、市町村は県型保健所に協力する位置づけとされた。これは、精神医療確保指針に「精神疾患の発生を予防し、発症した場合であっても早期に適切な医療を受けられるよう(以下、略)」(厚生労働省 2014)とあるように、保健活動と医療が密接な関係にあり、措置入院に係る通報業務の対応も含めて、市町村圏域では解決しきれない広域的な調整を要することが要因となっているからではないかと考えられる。

このように、県型保健所の役割と業務は、市町村の役割と業務の変化に対応す

るよう法令上推移してきた。今日では、市町村と協力した精神疾患の予防活動や、住民への相談・訪問指導等に加え、増加傾向にある措置入院にかかる通報業務への対応、措置入院者への退院後支援、さらに、市町村への技術支援を含む精神包括ケアシステムの構築を推進するための役割など広範囲にわたっている。

ところが、県型保健所の業務実施状況については、障害者自立支援法施行後から精神保健福祉業務の機能低下が指摘され(厚生労働省 2008c)、役割等の再検討が必要視された(畑本 2008)。それ以降も、県型保健所を対象に行った様々な調査報告(赤澤ら 2014;桑原 2015;野口 2019)により、県型保健所の役割と業務の見直しを求める指摘が繰り返し行われてきた。国は、県型保健所の機能強化策を検討課題として挙げてきたが、実効性のある対策は講じられず、常に「残された課題」として棚上げされてきた。これまでの国レベルの検討会や審議会等を確認したところ、地域の精神保健福祉課題を明らかにし、その解決に向けた対応策は丁寧に議論されてきたと言える。県型保健所にますます役割や業務が追加されてきたのは、地域の課題解決への期待の表れであろう。しかしながら、役割等の変更に応じて、保健所自体の人員配置や運営体制を俎上に載せて議論していくことが十分に行われたとは言い難く、それによって、拡大する役割等に対応するための県型保健所の実施体制が政策として整備されてこなかったと考えられる。

加えて、全国の自治体の実施体制の違いも影響しているのではないだろうか。県型保健所も市町村においても人口規模や職員体制には違いがあり、それゆえ、自治体ごとに精神保健福祉業務の範囲の拡がりへの対応可能性に差が生じてしまう。このことが「残された課題」と挙げられながらも、全国一律に具体性のある機能強化策を示すことができなかつた要因としても考えられる。

このようなことから、現状の県型保健所の実施体制では、政策上求められる役割と業務に対応しきれず、法令上定められた内容と実際の運用状況とに乖離が生じていると推察される。

第2項 専従職員数の実態

本研究では、県型保健所における専従職員の配置状況を都道府県レベルで把握することを目的に、研究課題2「県型保健所における精神保健福祉業務の従事状況を都道府県ごとに明らかにする」を設けた(第1章第3節)。その検証のため、

「2018年度の県型保健所専従職員の配置状況は2002年度と比べて変化している（調査仮説1）」と仮説を立てて、調査を行った（第3章）。

分析の結果、県型保健所1か所あたりの平均専従職員数が、2002年度は2.46人、2018年度は3.07人であり、2018年度では2002年度と比べて0.61人分増加していた。当時の全国の県型保健所数は2002年度が448か所、2018年度が360か所であり、これらをもとに、全国の県型保健所で精神保健福祉業務を担当する専従職員数を単純計算すると、2002年度は約1,102人（2.46人×448か所）であるのに対し、2018年度も約1,102人（3.06×360か所）と同数になった。つまり、県型保健所の設置数が減少された分の専従職員が残された県型保健所に配置され、1保健所あたりの専従職員数が増員したと推察することができる。

では、この専従職員0.61人分の増員は、県型保健所の業務量に見合っているといえるだろうか。

第一に、第1章で示したとおり、県型保健所は再編や統廃合を経ながら徐々に設置数が削減され、最も多かった年（1991年）と比べると、2020（令和2）年の設置数は44.2%減少した。設置数の削減の影響をうけて、全国の県型保健所と市が設置する保健所が対象とする人口比率は概ね1：1と同等であるが、国土の対象区域の比率は概ね9：1となっている（宇田：2018）。県型保健所のなかには最大14の市町村を所管区域に持つ保健所が存在している（岡田2019）。このことから、県型保健所の一つひとつは広範囲の地域を対象に精神保健福祉相談業務等を実施しつつ、比較的人口規模が小さな複数の市町村に対し、それぞれの市町村の特性に応じた技術支援を行う必要がある。

第二に、県型保健所の精神保健福祉業務の実施状況については、住民からの相談や訪問件数が減少傾向にある反面、措置入院にかかる通報等の緊急的な業務が増加している。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書においても、県型保健所における「措置入院への対応業務や災害や感染症の対応等の業務の比重が高まっていること」（厚生労働省2021）が指摘されている。優先的に対応しなければならない緊急対応を要する業務が増加すればするほど、住民への相談援助や市町村への技術支援などの業務を計画的に行いにくくなってしまう。

第三に、全国の県型保健所を対象とした桑原（2015）の調査では、県型保健所の

97.3%が業務推進のためには市町村との連携強化が必要と回答している。しかし、連携の際に行われる技術支援の実施回数は、最も多かった年度(2002年)から2020(令和2)年度まで減少の一途をたどっている。長澤ら(2017)が行った調査では、市町村の精神保健福祉業務を担当する保健師の約4割が、県型保健所からの技術支援が「ない」と認識していた。

第四に、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書において保健所の職員体制について、「個別支援から協議の場の開催等多岐に渡る業務を行うとともに、重層的な連携による支援を構築するためには、十分な人材確保が必要である」(厚生労働省2021)と指摘がなされるなど、保健所における人材確保は国レベルの課題にも挙げられている。

以上のことから、今日の県型保健所は、市町村への技術支援の必要性を認識しているにもかかわらず、十分に実施できない状況にあることが推察される。したがって、本研究の結果により明らかになった、県型保健所1か所あたりの専従職員の増員については、少なくとも県型保健所が市町村への技術支援を充実・強化させていくためには十分とは言いがたいと考えられる。

第3項 専門職配置状況の実態

本研究の研究課題2に対しては、もう一つの仮説「業務実施状況は専従職員の配置状況の違いによって差異が生じる(調査仮説2)」を立てて、調査を行った(第3章)。分析の結果、この仮説は一定以上支持された。調査対象とした2002年度と2018年度において、県型保健所の専門職配置状況は保健師が中心に配属されていた。そして、2018年度のデータをもとに都道府県ごとに配置状況を類型化したところ、3タイプに分けることができた。3タイプとは、保健師の配置割合の違いによって類型化された【保健師協働型】と【保健師専従型】、社会福祉専門職の配置割合がおおよそ半数を占めた【福祉職協働型】であった。3タイプごとに、精神保健福祉業務の実施状況に対して順位の平均値の差を検定したところ、従事者一人あたりの相談延べ人数など3項目で【福祉職協働型】が他のタイプよりも有意に平均値が高いことが明らかになった。本項では、他のタイプと比べて【福祉職協働型】に違いが生じた要因について考察する。

【福祉職協働型】であった都道府県は11か所であり、そのうち、2002年度デ

一タにおける【福祉職協働型】から変動のなかった都道府県が8か所あった。塚本(2019)の調査から、社会福祉専門職を配置する都道府県の多くは、社会福祉専門職を精神保健福祉相談員として任命している。和歌山県や京都府のような【福祉職協働型】に該当する都道府県では、精神保健福祉相談員の制度を活用して、精神保健福祉業務を専従で担える社会福祉専門職を積極的に採用してきたと考えられる(和歌山県 2021;家原 2015:77)。

業務実施状況を分析した結果、住民等に対する「相談(延べ人数)」件数では、【福祉職協働型】の方が【保健師専従型】よりも有意に高く、「訪問指導(延べ人数)」と「市町村援助(回数)」の件数では、【福祉職協働型】が【保健師協働型】と【保健師専従型】よりも有意に高い結果となった。相談件数、訪問件数ともに延べ人数に有意差が生じていて、実人数では有意差は生じていなかった。

まず、「相談(延べ人数)」件数および「訪問指導(延べ人数)」件数において差異が生じた要因について考察する。【福祉職協働型】の社会福祉専門職は、精神保健福祉相談員を任命され、人事異動があっても精神保健福祉担当を継続することが想定される。一方、県型保健所の保健師は精神保健福祉業務だけでなく、感染症や難病など様々な分野の業務も担当する。そのため、精神保健福祉の業務経験が異動や担当替えの度に中断してしまうことが少なくない。池上ら(2015)は、県型保健所の多くが業務担当制であり、配置換えによる精神保健福祉業務の中断が専門能力の発達に影響する可能性を指摘している。また、目良・山本(2018)は、保健師としての勤務経験が長かったとしても精神保健福祉の勤務経験が不足していれば、実践の自己評価が低くなることを指摘している。本研究結果を踏まえると、感染症や難病などの業務を担当するたびに業務経験が中断する保健師と比べると、社会福祉専門職の方が積み上げた実践経験等を活かして効率的に業務を行うため、相談や訪問指導に比較的多くの時間が割けていたのかもしれない。このようなことから、3タイプの間で相談・訪問指導の人数に対する有意差は、実人数ではなく、延べ件数に生じ、【福祉職協働型】では1事例あたりの相談等の対応回数をより多く行っていたと言えよう。

続いて、「市町村援助」の回数で有意差が生じた要因を考察する。桑原(2015)は、9割以上の県型保健所が、市町村が対応に苦慮する事例に関する相談に対応していることを明らかにしている。市町村保健師は精神保健福祉に係る相談支援体制

を構築するにあたり、精神保健福祉士などの多職種との連携や、県型保健所からの技術支援を必要としている(長澤ら 2016)が、長澤ら(2017)の調査によれば、保健所未設置市町村のうち、精神保健福祉士を配置している市町村は全体の 21.5% であると報告されている。

これらを踏まえると、市町村はさまざまな職種からの技術支援を必要としていることが考えられる。例えば、市町村保健師が個別相談事例での対応に困った場合、同職種からの助言であれば職場内の上司等から受けることができる。しかし、他職種からの助言を求めて、県型保健所の精神保健福祉士などの社会福祉専門職からの技術支援を期待することもあり得るだろう。市町村の精神保健福祉業務が保健師を中心として行われているなかで、精神保健福祉業務の実践経験や知識の積みあがりやすい社会福祉専門職による技術支援のニーズは高まると考えられる。その影響などから、「市町村援助」の回数が【福祉職協働型】で有意に多くなつたと考えられる。

第2節 県型保健所が市町村に行う技術支援の意識構造

第1項 信頼性と妥当性

本研究では、県型保健所専門職が市町村に行う技術支援の実態を明らかにするために、研究課題3「県型保健所の専門職が市町村に行う技術支援の意識構造を明らかにする。そして、技術支援の意識に影響を与える要因、技術支援の活用度合いに影響を与える要因等を明らかにする」を設定した。研究方法は、全国の県型保健所を対象とした質問紙による郵送調査とし、その調査結果をもとに分析を行った。

全ての県型保健所を調査対象機関としたが、調査票の送付数を一律に3名分としたため、保健所によっては全ての専従職員からの回答が得られていないと考えられる。そこで、本研究の回答状況に過度な偏りがあるかどうかを確認するため、有効回答者の基本属性と先行研究の結果を比較した。

まずは、地域区分に偏りがあるかどうかについて調べた。全国の県型保健所を地域区分で分けた設置割合は、北海道7.3%、東北11.3%、関東16.9%、中部18.6%、近畿14.9%、中国7.0%、四国5.9%、九州18.0%であった(厚生労働省2021)。本調査による有効回答者の地域区分の割合(第4章第5節表4-4)と比較したところ、大きな偏りはないと判断した。

次に、保有資格と精神保健福祉相談員の任命者の回答割合に偏りがあるかどうかについて調べた。第2章で述べたとおり、国の統計資料では県型保健所の精神保健福祉業務における専従職員の配置割合等は確認できない。そこで、県型保健所の専従職員の配置状況等を明らかにした調査で、本調査の実施日に最も近い時期に行われた、塚本(2019)の調査(以下、「塚本調査」という。)の結果を参照する。2018(平成30)年12月時点の専門職の配置状況は、精神保健福祉士13.6%、保健師・看護師64.6%、社会福祉士3.3%、医師1.6%、心理技術者5.1%、事務職11.5%であり、精神保健福祉相談員の任命は専従職員全体の26.9%であった。本研究による有効回答者のそれぞれの割合(第4章第5節の表4-4)と比較したところ、本研究の結果のほうが、精神保健福祉士が6.0ポイント、保健師は6.8ポイント高く、精神保健福祉相談員の任命者が11.2ポイントほど高かった。ただし、塚本調査の対象者は事務職の人数が含まれているため、その分を勘案すれば大き

な差異があるとは言えないと判断した。

その他の基本属性の各項目に関しては、対象となるデータが存在しなかったため、比較することができなかった。それでも、少なくとも比較可能なデータを踏まえれば、有効回答者に大きな偏りはなかったと考える。

本研究では、因子分析を用いて県型保健所専門職が市町村に行う技術支援の意識構造を明らかにした(第4章)。因子分析結果の信頼性については、抽出された各因子の α 係数は0.72~0.92と全て0.7を超えていて、全体の α 係数も0.94と高い数値を示した。そのため、指標としての内的整合性は担保されていると判断した。

妥当性については、標本妥当性を示すKM0測度は0.946であり、内容的妥当性は確保されていると判断した。構成概念妥当性については、検証的因子分析の結果をもとに検討した。図4-1で示した修正モデルにより、最終的な適合度指標は、 χ^2/df 値=2.648、GFI=0.882、AGFI=0.858、CFI=0.914、RMSEA=0.059となった。GFIとAGFIは当てはまりが良いと判断できる0.9を満たさなかったものの、CFIは基準値の0.9以上となった。RMSEAの値も0.05以下には届かなかったが、RMSEAの値0.08以下を一つの基準としている例もある(山本・小野寺2002:17)。望ましい適合度が得られなかったとしても、モデル探索の末に高い適合度を達成したモデルよりも有益な知見を提供することも多いといった指摘もある(豊田1998:173-174)。以上の見解を踏まえ、本研究結果による修正モデルの適合には一定程度の妥当性が認められると判断した。

第2項 技術支援の意識構造

県型保健所の専門職が市町村に行う技術支援の意識構造は、分析の結果、【成果を見据えた支援方針の立案】、【専門的かつ広域的な情報の確認】、【地域住民として共生する意識の醸成】、【市町村との協働的な関係づくり】、【市町村への補完的なかわり】の5つの因子が抽出された。

1) 第1因子【成果を見据えた支援方針の立案】

第1因子は、県型保健所の専門職が市町村に技術支援を行う際に、業務に関連する様々な成果を想定し、市町村の特性に応じて必要な支援方針を立てることを

表す因子である。この因子は、表 5-1 のとおり 13 の下位項目から構成された。なお、本章で下位項目を扱う際は、略称を用いて〈 〉で表すこととする。

表 5-1 第 1 因子「成果を見据えた支援方針の立案」の下位項目一覧

下位項目	略称
市町村に達成感や自信がもたらされるように支援を行う	達成感と自信
市町村が業務の理解を深めることができるように支援を行う	業務理解深化
市町村が抱える業務が推進・解決されるように支援を行う	業務の解決
市町村が今後も業務を継続して取り組める体制となるように支援を行う	継続体制形成
住民(精神障害者や家族等を含む)による市町村への評価が高まるように支援を行う	住民から評価
市町村が実施した手法が、好事例として他市町村でも活用されるように支援を行う	他市町村活用
業務に関する課題を他市町村と共有・検討できる機会をつくる	市町村と共有
業務の課題を協議会や施策と連動させて考えられるように提案する	協議会と連動
市町村と医療機関等の他機関との連携を促進するための仲介役となる	他機関と連携
市町村が責任をもって業務を遂行するように職員や組織に働きかける	責任の遂行
市町村の強みや裁量を最大限に活用できるようにする	強みの活用
市町村が抱える業務の苦手意識を変えていくように働きかける	苦手意識変容
業務に対する市町村の不安や負担感を軽減させる	負担感の軽減

地域保健対策の推進に向けて、政策評価・事業評価の導入が必要とされていることが地域保健対策検討会で指摘されて以降、PDCA サイクルに基づく実践の導入が進められるようになった(厚生労働省 2012)。ソーシャルワーク実践に関しても、PDCA サイクルを応用して実施過程を可視化する試みも見られている(石川 2019)。技術支援の研究枠組みの設定で参照したコンサルテーションと TA の概念のなかでも評価は実施過程の一つとされている。北本(2014:345)は、コンサルテーションの成果について「コンサルティの問題解決支援とともに、コンサルティの力量の向上、組織・期間のシステムの改善・変化、さまざまな社会資源のネットワークづくりということでもみられる」と、様々な捉え方があると述べている。TA に関しても複数のレベルで評価がされているものの、TA 受領者の主観的な判断に委ねられる部分が大きく、客観的な評価には至っていないことが指摘されている(La et al 2016)。技術支援に関しても同様で、明確な評価基準は見いだせなかったものの、県型保健所専門職は〈達成感と自信〉、〈業務理解深化〉、

〈業務の解決〉、〈継続体制形成〉、〈住民から評価〉など多様な切り口から成果を判断しようとしていた。

中土・北山(2013)は「市町村の活動を客観的に評価して、成果の出ている市町村の活動に関しては(他市町村に)活動をまとめて発表する場を設定する」(括弧内は筆者追記)と、一つの市町村での取り組みを他市町村に応用させていく重要性を挙げている。このことは、本調査結果でも、〈他市町村活用〉と〈市町村と共有〉が下位項目に含まれており、中土調査の結果を追認していると考えられる。また、中土調査の結果には「外部の関係者との顔の見える関係づくり」も抽出されている。これは広域的な関係機関とのネットワークを有する保健所の強みを活用した支援方法とされている。県型保健所には「広域的、専門的かつ技術的拠点として、分野横断的かつ重層的な支援」(厚生労働省 2012)が機能として求められており、精神医療確保指針では、医療機関と関係機関との連携を図ることが役割に付与されている。下位項目に含まれた〈協議会と連動〉、〈他機関と連携〉は、市町村の業務が円滑に取り組まれるように周囲との連携強化を図る意識が働いているものと捉えられる。

県型保健所の技術支援の目的は、市町村の精神保健福祉業務の支援格差を是正し、体制整備を推進することである。市町村の業務の実施体制については、第1章で示したとおり定められた基準がなく、市町村の裁量によって職員配置が決められている。全国的に精神保健福祉相談員を配置している市町村は数少なく、精神保健福祉業務を担う市町村保健師のなかには、実践経験の乏しさ等により困難さを抱えている者が一定割合いることが報告されている(新村ら 2016;長澤ら 2016;目良・山本 2018)。専門職ではない事務職が業務を担当する市町村も少なくない。第4章に示した調査結果「技術支援に関する困難さや課題」の自由記述(第4章第5節 表 4-10)では、「市町村が精神保健福祉業務を組織で対応する意識に乏しい」や「市町村職員が精神保健業務は保健所で担うべきと認識している」が上位を占めており、市町村職員の精神保健福祉業務に対する認識が乏しく、あるいは、組織としての実施体制が整っていない市町村も少なからず存在していることがうかがえた。そのような状況であっても、市町村が業務を遂行できるように、全国保健師長会大分県支部(2020)は市町村職員の「決断を後押しする」ことや、「代弁者となり理解を促進する」ことの必要性を挙げている。本研

究の結果では、市町村の強みや裁量を活かしながら行政としての責務を適切に果たす〈責任の遂行〉、〈強みの活用〉や、市町村職員の苦手意識や負担感に寄り添う〈苦手意識変容〉、〈負担感の軽減〉など心理的な支えになる意識も確認された。これらの項目が、「成果を見据えた支援方針の立案」と名付けた因子に含まれたことは、先行研究では見られなかった市町村への技術支援を行う際の特徴と言えるのではないだろうか。

2) 第2因子【専門的かつ広域的な情報の確認】

第2因子は、技術支援を行う際に、市町村の業務で生じている問題や課題を分析し判断するために、保健所が有する機能を活用して必要な情報を多面的に収集し、確認することを表す因子である。同因子は、表5-2のとおり5つの下位項目で構成された。

表5-2 第2因子「専門的かつ広域的な情報の確認」の下位項目一覧

下位項目	略称
業務の根拠となる関連法令や施策を確認する	法令や施策
市町村が策定する各種計画(障害者計画、健康増進計画等)を確認する	各種計画
業務に関連する調査・文献などデータ等を確認する	調査や文献
市町村の相談支援体制や社会資源など、地域状況の情報を確認する	地域情報
近隣市町村の実践など広域的な情報を確認する	広域的情報

Hunterら(2009)とLeら(2016)がそれぞれのTAの研究成果のなかで、TA提供者の知識や経験の量が実施成果に影響を与えることを明らかにしている。第2因子の下位項目には、保健所の専門的機能を活かして、市町村が業務の実施根拠を点検できるよう情報を確認する〈法令や施策〉、〈調査や文献〉、また、広域的機能を活用して、近隣市町村で行われた実践に関する情報などを確認する〈広域的情報〉などが含まれていた。保健所専門職は、様々なデータ〈各種計画〉、〈地域情報〉をも用いて、市町村への技術支援を行うために不可欠な知識を蓄積しようとしているものと考えられる。

全国保健師長会大分県支部調査(2020)では、市町村の技術支援のために「データ等をもとに広域的・専門的視点から市町村の課題を明確にし、共有すること」

が重要視されている。中土・北山(2013)は、「県に集まるデータを活用し、現状や課題をわかりやすくまとめて市町村に提示する」ことを技術支援の要素に挙げている。第2因子は、先行研究が示す役割を行ううえで重要視される項目が含まれた因子であると考えられる。

3) 第3因子【地域住民として共生する意識の醸成】

第3因子は、市町村に対して、精神障害者等が地域住民とともに生活していく意識を保持するための働きかけを行うことを表す因子である。この因子は、表5-3のとおり4つの下位項目から構成された。

表5-3 第3因子「地域住民として共生する意識の醸成」の下位項目一覧

下位項目	略称
クライアント(精神障害者等)を地域から排除させないように注視する	排除させない
クライアント(精神障害者等)は一人の生活者であるという理解を市町村に促す	生活者視点
周囲の情報よりクライアント(精神障害者等)との援助関係が大切である認識を促す	援助関係大切
市町村とかかわる際に市町村と地域住民との距離感に配慮する	住民との距離

下位項目には、精神障害者等が地域に排除されることのないよう、地域生活者としての理解を揺るがさないことを念頭に支援する〈排除させない〉、〈生活者の視点〉や、当事者不在の支援にならないように彼らの声に丁寧に耳を傾けて援助関係を形成するように促す〈援助関係大切〉、市町村と地域住民との関係性に配慮する〈住民との距離〉が含まれている。

コンサルテーションやTAに関する先行研究は、精神障害者支援に限定したものではないためこれらの内容に言及していない。

精神保健福祉相談員には、「精神障害者の地域生活を基調に彼らの権利を擁護する立場を堅持する姿勢」(大谷2012)が必要とされてきた。精神保健福祉相談員の任用資格として例示される精神保健福祉士は、「重たい障害を抱えていても地域でその人らしい、ごくあたり前の暮らし」(日本精神保健福祉士協会2020:10-15)を保障する専門職である。精神保健福祉業務を担う保健師もまた、住民の地域生活の継続を図ることを重んじる専門職であり(吉岡ら2017)、保健師を調査対象

にした中土調査の結果にも「当事者ニーズに基づいた支援をするためのチームづくり」が抽出されている。ただし、その内容は「ケア体制づくりのための事業や施策の根拠となる」（中土・北山 2013）ように当事者の参画を求めることであり、本研究結果が示した、県型保健所専門職が当事者の地域生活継続に必要な権利擁護の意識を市町村に促すこととは、別の意味合いであると捉えられる。

自治体職員には「住民の福祉の増進」（地方自治法第1条の2第1項）という基本姿勢があり、精神障害者等と同じ地域で暮らす住民もまた支援の対象である。住民にとって身近な相談窓口である市町村にとって、地域住民との関係性は時に複雑になることもある。それでも、市町村には様々な生活課題を抱える精神障害者等を一人の生活者としてとらえ、社会の一員として地域で暮らすことを保障する態度が必要とされるため、同因子が抽出されたと考えられる。本研究において、これらの項目を含んだ因子が抽出されたことは、県型保健所が市町村に行う技術支援の特有性と考えられる。

4) 第4因子【市町村との協働的な関係づくり】

第4因子は、県型保健所専門職が技術支援を行う際には、市町村が担う業務に主体的に参画しつつ、双方の役割や責任を共有していくために必要な関係性を形成することを表す因子である。この因子は、表5-4のとおり3つの下位項目から構成された。

表5-4 第4因子【市町村との協働的な関係づくり】の下位項目一覧

下位項目	略称
役割と責任を分かち合うために、市町村に積極的に協力を依頼する	協力を依頼
市町村と協働して業務を進めるために、積極的に経験や知識を共有する	経験等共有
市町村とともに業務に直接かかわりながら支援する	直接かかわる

協働は、行政では「複数の主体がなんらかの目標を共有し、ともに力を合わせて活動すること」を意味した造語として用いられ始めた(荒木 2012)。社会福祉領域においては、吉池・栄(2009)が「同じ目的をもつ複数の人及び機関が協力関係を構築して目的達成に取り組むこと」と整理している。

関係づくりに関しては、コンサルテーションでは「パートナーとしての関係」

(植田 2007)が強調され、TA でも「円滑なコミュニケーションがとれるようになるため」(Rushovich et al 2015)にも「信頼と尊敬の関係性を築く」(Le et al 2016)ことが重要な要因として挙げられている。

第 4 因子の下位項目である〈協力を依頼〉に「役割と責任を分かち合うために」、〈経験等共有〉に「積極的に経験や知識を共有する」、〈直接かかわる〉に「市町村とともに」(下線は筆者追記)とあるように、技術支援を行う専門職も先行研究と同様に、市町村と互いの役割や経験等を理解、尊重し合いながら取り組む意識を働かせていることがうかがえた。

また、中土調査では「市町村職員が相談しやすい関係づくり」が抽出されており、普段から「市町村が相談すれば答えてくれる存在」として「積極的に市町村に出向」いて、「一緒に地域の課題について考える姿勢」(中土・北山 2013)から良質な関係が形成されると述べている。全国保健師長会大分県支部(2020)も、協働的な関係性を構築するためには、「日常業務の中で一緒に活動すること」が積み上げられていなければならないと指摘している。

本研究で専門職に尋ねた、実践事例が「うまくいった要因」の自由記述の分析結果(第 4 章第 5 節 表 4-15)でも、「日頃から関係づくり、コミュニケーションをとっていた」、「情報の共有や交換を密に行った」など、市町村との関係づくりに関する記述や、「事業の企画から一緒に取り組んだ」、「求められたときにタイムリーにかかわった」など、保健所のかかわる姿勢に関する記述が回答数の上位を占めていた。この結果から、県型保健所の専門職は市町村との日常的なやりとりから必要な関係性を構築しようとする意識が働いているものと推察される。

以上のことから、第 4 因子が抽出された本研究の結果は、先行研究が示している関係づくりの重要性を支持するものとなった。

5) 第 5 因子【市町村への補完的なかかわり】

第 5 因子【市町村への補完的なかかわり】は、市町村の取り組みに過不足が生じないように、県型保健所専門職が技術支援を通して関与していくことを表す因子である。この因子は、表 5-5 のとおり 3 つの下位項目から構成されていた。

表 5-5 第 5 因子「市町村への補完的なかわり」の下位項目一覧

下位項目	略称
市町村が把握していない課題は市町村に先んじて保健所が主導的に取り組む	保健所主導
市町村が行う業務に過不足が生じないように補足的に対応する	補足的に対応
市町村が抱える課題を解決するための見通しをもち、共有する	見通しもつ

補完とは「足りないところを補い、完全な状態にすること」を意味する(新村編 2018:2689)。地方自治制度には「補完性の原理」があり、都道府県と市町村の役割分担に関しては、住民の問題はより身近なところである市町村がまず対応し、市町村が解決できない問題について、都道府県がサポートすることとされている(西尾 2016:85-86)。

第 5 因子の下位項目には、市町村業務の問題解決あるいは効果的な実施に向けて、滞りが生じないよう補足する〈補足的に対応〉と、今後顕在化すると考えられる地域課題を発見して主導的に取り組む〈保健所主導〉が含まれている。つまり、補完的なかわりの範囲は、市町村職員の業務への課題解決に向けた補助や支援だけでなく、地域に埋没する課題への対応も含まれると考えられる。

中土調査では「市町村の課題を明確にし、取り組みへの支援をする」(下線は筆者追記)が抽出されており、大分県支部調査では「市町村保健師の活動を尊重し、後押しすること」(下線は筆者追記)が技術支援の重視すべきこととされており、これらは〈補足的に対応〉と重ねて捉えることができる。

一方、〈保健所主導〉については、中土調査や大分県支部調査の結果には、これに相応する内容は含まれていなかった。コンサルテーションと TA に関しても、取り扱う対象が依頼を受けた事案であることから、提供する側が先行的に着手することは想定されていない。

本研究の調査結果のうち、技術支援を行った事例の概要(第 4 章第 5 節 表 4-13)をみると、保健所がきっかけとなっている事例は全体の 40.8%を占めていた。県型保健所専門職は、直接住民にかかわった支援事例を通じて、市町村がまだ認識していない課題、今後顕在化することが予想される課題を発見し、先行して着手しているものと考えられる。そのような取り組みができるのは、県型保健所が市町村と同じ地域責任性を有する行政機関であり、住民の精神保健福祉の向上のために直接的な支援を行えるからである。2012(平成 24)年に示された「地域保健

対策検討会報告書」では、「市町村の求めに応じてではなく、市町村と保健所が重層的に連携協働し、圏域単位・市町村単位に、予防から治療、地域ケアまでの切れ目のない総合的な保健医療福祉システムを構築すること」(厚生労働省 2012)が提言されている。県型保健所専門職にとっては、自らが行った業務から見出した地域課題をもとに技術支援を行う意識を働かせることも重要であると考えられる。

このようなことから〈保健所主導〉は、保健所が市町村に行う技術支援の特徴の一つと言え、この下位項目を含んだ【市町村への補完的なかわり】の因子が抽出されたことは、本研究における技術支援の特徴といえる。

第3項 技術支援の意識構造を表す指標

前項で述べた県型保健所が市町村に行う技術支援の意識構造(5 因子)を視覚的に示すため、図 5-1 のとおり図式化した。



図 5-1 県型保健所が市町村に行う技術支援の意識構造 (イメージ図)

これらの因子を構成する 28 項目による修正モデル(第 4 章第 5 節 図 4-1)は初期の固有値の順となっている。これらを技術支援の実施過程に沿うように、社会福祉領域でのコンサルテーションと地域保健領域での TA の実施過程を参考に入れ替えた。最終的に、技術支援の意識構造を表す指標は表 5-6 のとおりとした。

本研究の結果から、因子間の相関は $R=.60\sim.81$ となり、中等度から高度な相関であった。このことから、各因子を総合的に捉えて技術支援を行うことが必要と考えられる。

県型保健所が市町村に行う技術支援は、市町村が主催する精神保健福祉業務全般を対象としている。住民への相談、訪問から、家族教室などの集団プログラム、協議会運営や行政計画の策定に関することといった、ミクロレベルからメゾ・マクロレベルまでの業務が想定される。ソーシャルワーカーが行うコンサルテーションでは「対象者の社会的機能を中核に据えながら、対象者－家族－地域－制度の連続体の視野」(米本 2007:152)をもつことが重要とされる。県型保健所専門職が行う技術支援も同様に、対象となる業務の種類にかかわらずミクロレベルの課題からメゾ・マクロレベルの課題までを連動させる意識をもつ必要があることが確認できたと言えるだろう。当然、対象となる一つひとつの業務には個別性があり、技術支援が画一的に行われることはない。それでも、県型保健所専門職が技術支援を行ううえで、留意すべき基礎的な内容が含まれていると考えられる。

なお、因子分析の結果、質的調査をもとに作成した項目案(40 項目)のうち除外された項目が 12 あった。因子分析で除外された項目とは、因子負荷量などの基準を満たさなかった、あるいは、解釈可能な因子としてまとまらなかったものであり、そのことをもって、それらの除外された項目が重要でないことを示すものではない。

表 5-6 県型保健所が市町村に行う技術支援の意識構造を表す指標

因子名	項目
市町村との協働的な関係づくり	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 役割と責任を分かち合うために、市町村に積極的に協力を依頼する <input type="checkbox"/> 市町村と協働して業務を進めるために、積極的に経験や知識を共有する <input type="checkbox"/> 市町村とともに業務に直接かかわりながら支援する
専門的かつ広域的な情報の確認	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 業務の根拠となる関連法令や施策を確認する <input type="checkbox"/> 市町村の相談支援体制や社会資源など、地域状況の情報を確認する <input type="checkbox"/> 近隣市町村の実践など広域的な情報を確認する <input type="checkbox"/> 市町村が策定する各種計画(障害者計画、健康増進計画等)を確認する <input type="checkbox"/> 業務に関連する調査・文献などデータ等を確認する
地域住民として共生する意識の醸成	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> クライアント(精神障害者等)を地域から排除させないように注視する <input type="checkbox"/> クライアント(精神障害者等)は一人の生活者であるという理解を市町村に促す <input type="checkbox"/> 周囲の情報よりクライアント(精神障害者等)との援助関係が大切である認識を促す <input type="checkbox"/> 市町村とかかわる際に市町村と地域住民との距離感に配慮する
成果を見据えた支援方針の立案	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 市町村に達成感や自信がもたらされるように支援を行う <input type="checkbox"/> 市町村が抱える業務が推進・解決されるように支援を行う <input type="checkbox"/> 市町村が業務の理解を深めることができるように支援を行う <input type="checkbox"/> 市町村が今後も業務を継続して取り組める体制となるように支援を行う <input type="checkbox"/> 住民(精神障害者や家族等を含む)による市町村への評価が高まるように支援を行う <input type="checkbox"/> 市町村が実施した手法が、好事例として他市町村でも活用されるように支援を行う <input type="checkbox"/> 業務に関する課題を他市町村と共有・検討できる機会をつくる <input type="checkbox"/> 業務の課題を協議会や施策と連動させて考えられるように提案する <input type="checkbox"/> 市町村と医療機関等の他機関との連携を促進するための仲介役となる <input type="checkbox"/> 市町村が責任をもって業務を遂行するように職員や組織に働きかける <input type="checkbox"/> 市町村の強みや裁量を最大限に活用できるようにする <input type="checkbox"/> 市町村が抱える業務の苦手意識を変えていくように働きかける <input type="checkbox"/> 業務に対する市町村の不安や負担感を軽減させる
市町村への補完的なかわり	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 市町村が抱える課題を解決するための見通しをもち、共有する <input type="checkbox"/> 市町村が行う業務に過不足が生じないように補足的に対応する <input type="checkbox"/> 市町村が把握していない課題は市町村に先んじて保健所が主導的に取り組む

(筆者作成)

第3節 技術支援に影響を与える要因

第1項 技術支援の意識度合いに影響を与える要因

1) 専門職の個人属性が与える影響

個人要因としての第1の仮説は、「専門職の個人属性(経験年数、職種など)によって、県型保健所専門職の技術支援の意識度合いが異なる」(第4章第1節第1項の仮説1-1)とし、「社会福祉専門職(精神保健福祉士・社会福祉士)である」、「精神担当勤務年数が長い」、「精神保健福祉相談員の任命を受けている」、「業務以外の研鑽機会に積極的に取り組んでいる」、「OJTを受けた経験がある」、「全国規模の学会等に入会している」専門職の方が技術支援の意識度合いが高くなるとの仮説を検証した。

重回帰分析の結果、精神担当勤務年数が長いほど、また、OJTを受けた経験がある専門職は、経験がない専門職よりも全因子において意識度合いが有意に高いことが明らかになった。さらに、全国規模の学会等に入会している専門職は、入会していない専門職よりも、第2因子【専門的かつ広域的な情報の確認】の意識度合いが有意に高いことも明らかになった。それ以外の要素では有意差は認められなかった。

精神担当勤務年数については、勤務年数が長いほど精神保健福祉業務の実践経験を蓄積していることを意味する。実践経験の積み重ねが技術支援の意識度合いを高めることを明らかにした本研究の結果は、福島(2005)が精神科ソーシャルワーカーを対象に行った調査結果と同様の傾向を示した。また、保健師を対象に調査を行った小川・中谷(2012)は「職務経験を重ねることにより、職務の自信を獲得している」と見解を述べている。意識度合いの高まりと自信の獲得とは同意ではないものの、職務経験が専門職の実践に対する意識に影響を与えているという点では重ねて考えることができる。一方で、自治体職員としての勤務経験年数では、意識度合いに有意差が生じていなかった。目良・山本(2018)は、保健師の勤務歴が長いベテランであっても精神保健福祉の業務経験が不足していると実践に対する自己評価は低い状態にあることを指摘している。技術支援に関しても、自治体職員としての実務経験よりも、精神保健福祉業務の実務経験の方が意識度合

いを高めるためにはより重要であるため、有意な影響を与えていたと言えよう。

OJTを受けた機会の有無も、技術支援の意識度合いに有意な影響を与えていた。空閑(2009)は、ソーシャルワークの基本スキルの向上にはOJTの取り組みは欠かせないと述べている。保健師についても、部署内からの助言・指導を受けられている人の方が有意に実践力を高める結果が示されている(小川ら 2018;伊藤・守田 2019)。本研究の結果によって、先行研究と同様にOJTを受けることの必要性が明らかにされたと考えられる。

全国規模の学会等に入会している専門職は、第2因子【専門的かつ広域的な情報の確認】の意識度合いのみ有意に高まっていた。市町村からのニーズに応えるためには、県型保健所の専門職は、広範囲にわたる情報や多様なデータをもとにして技術支援を行っていく必要がある。職能団体への入会をする者の入会の動機には資質向上と併せて、全国規模の情報を入手することがその理由の一つとして挙げられている(山口ら 2011)。このことを踏まえると、全国規模の学会等に入会することが、専門的、広域的な情報収集や確認への意識を高めることから、有意な影響を与えていたのではないかと考えられる。

一方で、保有資格が社会福祉専門職であるか否かで、意識度合いへの有意な影響は見られなかった。また、都道府県知事から精神保健福祉相談員の任命を受けているかどうかも、技術支援の意識度合いに有意な影響をもたらさなかった。本研究の有効回答者の割合が最も多かった保健師と、社会福祉専門職であるソーシャルワーカーとの関係について、内山(2014)や中(2017)は実践レベルでは重なり合う職種ではないかと印象を述べている。少なくとも技術支援の意識度合いに関しては、これらの専門職間に違いがあるとは言えないということであろう。

最後に、業務以外の研鑽機会に積極的に取り組んでいるかによっても、技術支援の意識度合いに有意な影響を与えていなかった。青山・岡田(2018)はアセスメント力について、自主的な研修への参加が情報分析や判断に関する一部の力量を高めていることを明らかにしている。本研究の結果のうち、「技術支援に関する困難さと課題」(第4章第5節 表 4-8)をみると、「市町村への支援に関する研修の機会が少ない」が全16項目中2番目に平均値が高く、技術支援に対する研修機会の乏しさは課題視されていることがうかがえた。このことから、県型保健所専門職が業務以外の研鑽に積極的に参加していたとしても、技術支援に直結する知識

や技術を得ることは困難であったと予想される。そのため、業務以外の研鑽機会は意識度合いの高まりに対して有意な影響を与えなかったのではないかと考える。

2) 専門職の個人の力量が与える影響

個人要因としての第2の仮説は「専門職個人の力量に関する課題の程度によって、技術支援の意識度合いが異なる」(第4章第1節第1項の仮説1-2)とした。本研究における重回帰分析では独立変数に「個人の力量に関する課題(個人力量課題)」を投入し、専門職個人が抱える力量に関する課題が与える影響を検証した。

「個人力量課題」は表5-7のとおり3項目をもとに算出をしている。

表5-7 個人の力量に関する課題(個人力量課題)に関する項目一覧

『個人の力量に関する課題』	・自分に市町村を支援するだけの業務の知識や経験が乏しい ・市町村の地域アセスメント(地区診断)が十分できず、必要な情報が把握できない ・業務の課題が多様化していて、これまでの支援経験だけでは対応しきれない
---------------	--

分析の結果、「個人力量課題」は第1因子【成果を見据えた支援方針の立案】と第4因子【市町村との協働的な関係づくり】に有意な影響を与えていた。TAに関しては実施するにあたり、支援を提供する側の知識や経験がその効果に影響を与える(La et al 2016)とされていたが、技術支援では、専門職自身の「個人力量課題」が技術支援の意識度合いに与える影響は限定的であるといえよう。

3) 組織の実施体制が与える影響

組織要因として立てた仮説は、「組織の実施体制に関する課題の程度によって、技術支援の意識度合いが異なる」(第4章第1節第1項の仮説1-3)とした。本研究における重回帰分析では、独立変数に「組織の実施体制に関する課題(組織体制課題)」を投入し、組織の実施体制が与える影響について検証した。

「組織体制課題」は、表5-8のとおり3項目をもとに算出をしている。

表 5-8 組織の実施体制に関する課題(組織体制課題)に関する項目一覧

『組織の実施体制に関する課題』	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所内で市町村への支援について検討する機会がない ・保健所として、他業務に比べて市町村支援の優先順位が低い ・市町村への支援の対応に困っても、複数の職員が協力し取り組む体制が保健所がない ・市町村への支援方法などに困った時に相談できる同僚・上司がない
-----------------	--

分析の結果、「組織体制課題」の程度が全ての因子に有意な影響を与えていた。Rushovichら(2015)は、TAの実施に影響を及ぼす要素の一つ「組織要因」を挙げ、TA提供者の組織が実施に協力的であるなど機能的に働いていることの重要性に言及している。技術支援に関しても同様に、組織として応援できる体制がとられているかによって、専門職が実践しようとする際に抱く意識が変わってくることが確認できた。

第2項 技術支援の実践での活用度合いに影響を与える要因

1) 技術支援の意識度合いと実践での活用度合いとの関連

これまで技術支援の意識度合いに関して、様々な視点から検証を行った。県型保健所の専門職として、市町村への技術支援の意識化は大切であるが、そこから実践で活用されるよう行動化されなければならない。そこで、仮説を「技術支援の意識が高い専門職ほど、実践で技術支援をより活用している」(第4章第1節第1項の仮説2-1)とし、技術支援の意識度合いと、具体的な実践事例での活用度合いが相関しているかを検証した。

分析の結果、技術支援の意識構造5因子の下位項目28項目の全てで、正の有意な相関が認められた。つまり、個々の技術支援項目に対する意識度合いが高いほど、実践においてもその技術支援項目の活用度合いが高いことが明らかになった。このことから、実践での技術支援の活用程度を高めるには、専門職の技術支援に対する意識を高めることに意味があると推察される。ただし、本研究において検証したのは相関関係のみであり、因果関係の検証はしていない。したがって、専門職の意識が高まることによって実践での活用度合いが高まるとまでは言いきれない。

2)個人要因が与える影響

技術支援の意識構造に影響を与えていることが認められた要因が、実践での技術支援の活用度合いにも影響を与えているかを確認した。そこで、仮説「技術支援の意識に影響を与えている要因は、技術支援の実践での活用にも影響を与えている」(第4章第1節第1項の仮説2-2)を立て、個人要因、環境要因それぞれの検証を行った。

個人要因には「精神担当勤務年数」と「OJTを受けた機会」をとりあげ、その影響を分析した(第4章第5節 表4-21から表4-31)。

分析の結果、第1因子【成果を見据えた支援方針の立案】、第3因子【地域住民として共生する意識の醸成】、第5因子【市町村への補完的なかわり】の3つの因子に対して、精神担当勤務年数4年以上9年以下の専門職は、技術支援に関するOJTを受ける経験があるかないかによって、活用度合いに有意な差が生じていることが明らかになった。また、OJTを受けた経験がない専門職の場合、3年以下の経験年数の専門職が行う技術支援と比較して、10年以上の経験のある専門職において、活用度合いが有意に高くなることが明らかになった(第4章第5節 表4-34)。

この結果は、中堅期の保健師が精神障害者支援に対して自信のなさを抱きやすいことを明らかにした平野ら(2007)の調査研究、また、6年以下の保健師が多角的な支援を展開できるためにはOJTを受ける経験が必要と示した新村ら(2016)の研究結果と一部重なっていた。

一方、第2因子【専門的かつ広域的な情報の確認】については、OJTを受けた経験の有無では活用度合いに有意差は生じず、精神担当勤務年数の違いで有意差が生じる結果となった。大谷(2016)と青山・岡田(2018)の調査では、経験年数がスキルの向上に有意な差異を生じさせるには10年ほどの期間が必要であることを明らかにしている。県型保健所専門職が市町村に行う技術支援に関しても先行研究の結果と同等の結果が得られたと考える。

第4因子【市町村との協働的な関係づくり】では、第2因子とは対照的に、精神担当勤務年数での違いでは活用度合いに有意差が生じず、精神担当勤務年数3年以下の専門職がOJTを受けた経験があるかどうかによって、有意差が生じた。第4因子の活用度合いの平均値は3.40(最大値4.0)であり、全ての因子のなかで

も最も高くなっている。そのため、県型保健所専門職にとって比較的活用されている因子と言える。本研究の結果から、精神担当勤務年数が一定以上(中堅以上)の専門職においては、OJTを受けた経験の有無による活用度合いの有意差はなかったものの、精神担当勤務年数3年目以下の実践経験が乏しい専門職においては、OJTを受けた経験の有無によって有意差が出るようになった。つまり、精神担当勤務年数の少ない専門職にとっては、職場内で適切なOJTがなされることによって、市町村との協働的な関係づくりが形成しやすくなるようになった。このことから、精神保健福祉担当に着任することになった専門職には、早期に職場内でOJTを提供することの意味は大きいと考えられる。

3)環境要因が与える影響

環境要因には、技術支援実施における課題のうち「組織体制課題」をとりあげ、その影響を分析した。分析の結果、所属組織の体制に関する課題をあまり感じていない専門職の方が、課題を中程度以上感じている専門職よりも、3つの因子で技術支援の活用度合いが高まっていることが明らかになった(第4章第5節表4-34)。

ソーシャルワーカーの業務環境について空閑(2009)は、質の高い実践をし続けるためには個人的な努力や意識の高さだけに頼るのではなくサポータティブかつ働きやすい職場づくりが重要であると述べている。技術支援の実践の活用度合いに対する組織体制課題の影響は、全ての因子に有意な影響を与えていたわけではなかった。それでも、先行研究で述べられているように、組織内の体制整備の重要性を追認したと言えるのではないだろうか。

技術支援の活用度合いに有意差が生じた3因子(第1因子【成果を見据えた支援方針の立案】、第4因子【市町村との協働的な関係づくり】、第5因子【市町村への補完的なかわり】)の特徴と、有意差が生じなかった2因子(第2因子【専門的かつ広域的な情報の確認】、第3因子【地域住民として共生する意識の醸成】)の特徴を比べた。前者の3因子の方が後者の2因子に比べると、県型保健所の専門職が市町村に関与する手法や程度を具体的に定める際により関係してくる因子であると考えられる。県型保健所が取り組む業務の運用は、専門職個人の裁量に委ねられている部分もあるが、基本的には組織の方針のもとで判断される。その

ため、技術支援の実施に関しても、保健所組織の意向が与える影響は少なくない。自由記述で回答を求めた「技術支援における困難さや課題」（第4章第5節 表4-10）の類型の一つ、「組織の実施体制の課題」には、保健所職員のマンパワー不足、組織内の協力体制の不備や技術支援の必要性が職場に理解されないことが挙げられている。専門職は所内の人員、実施体制や組織の業務方針などを総合的に勘案したうえで、技術支援の実施方法や関与の程度を判断しているため、それが活用度合いに影響を与えているものと推察される。

第4節 研究目的に対して得られた知見

ここで本研究における目的をあらためて示したい。本研究では、県型保健所が市町村に行う技術支援の実践内容を明らかにし、効果的に技術支援を行うための方法と提供体制のあり方を提起することを研究目的に据えた。

これらの研究目的を達成するため、具体的に3つの検討課題を設定し、その検証のための調査等を行った。本節では、前節までに明らかにした調査等の結果と考察をもとに、本研究で据えた目的に対して得られた知見を提示する。

第1の研究目的は、県型保健所が市町村に行う技術支援の実践内容を具体化することであった。これについては、第4章「県型保健所の専門職が市町村に行う技術支援の意識と実践に関する調査」で示した、全国の県型保健所の専門職を対象に行った調査により、実践者が市町村への技術支援を行う際に意識すべき内容とその構造を明らかにした。分析結果から見出された5因子28項目を基に、県型保健所が市町村に行う技術支援の意識構造として具体的に表す指標を作成することができた（第5章第2節 表5-6）。

第2の研究目的は、技術支援を効果的に行うための方法と提供体制のあり方を提起することであった。同じく第4章で示した調査結果から、県型保健所の専門職が技術支援を行う際の意識の程度と実践における活用の程度が有意に相関していることが明らかになった。つまり、技術支援の意識構造として構成された5因子を十分に理解し、意識している専門職ほど実践で効果的に技術支援を提供できていると説明できる。さらに、技術支援がより活用されるためには、精神保健福祉担当としての勤務年数を積み重ねることと、職場内などでOJTを受けることが重要であり、特に、精神保健福祉業務を担当してから10年未満の専門職は、OJTを受ける機会を得ることによって技術支援の活用度合いがより高くなる傾向にあることが確認された。

一方で、技術支援を効果的に提供できるかどうかは、専門職個人の援助技法の習得状況だけで判断できるものではない。本研究では、県型保健所を取り巻く環境に着目し、政策レベルと組織レベルの観点から、技術支援の提供体制の推進方法や課題等を明らかにするための調査等を行った。政策レベルについては、第2章「保健所の役割と業務に関する施策の変遷」で、精神保健福祉法成立からの保

健所の役割と業務の変化を整理した。そこで、法令上定められた役割と業務と、現場の県型保健所の業務実施状況に乖離が生じている可能性を示唆した。また、組織レベルについては、第3章「県型保健所の専門職配置状況に関する調査」によって、社会福祉専門職が主として業務を担う【福祉職協働型】の有用性を明らかにした。しかし、精神保健福祉士を代表とする精神保健福祉相談員の任命は法律上では任意規定となっており、配置されている都道府県は全体の3分の1程度であった。保健所組織の実施体制に着目すると、第4章での調査結果により、県型保健所の組織体制に関する課題の程度が技術支援の活用度合いに影響を与えていることが明らかになった。つまり、専門職が技術支援を行う際に、組織内の協力体制等に課題を感じる場合、活用度合いが高まりにくいということである。このことから、専門職が所属する保健所において、市町村への技術支援に対する必要性の理解や業務遂行のための工夫や配慮が必要であることが示唆された。特に、技術支援に関する職場内のOJTの実施率を高めていくが重要と考えられた。

以上、本研究の研究目的に沿った知見を整理した。これらの知見に基づき、県型保健所による市町村への技術支援の方法が運用されるとともに、組織の実施体制が整備されることにより、全国どこでも一定の水準で技術支援が展開されるようになるのではないかと期待できる。

第5節 ソーシャルワーク実践への示唆

前節まで、本研究の調査等の結果から示された知見について述べてきた。次に、これまでの研究成果を踏まえて、県型保健所に関連するソーシャルワーク実践のあり方について多角的な視点から提示する。

なお、本節でソーシャルワーク実践を焦点化する理由は、本研究が社会福祉学を基盤に論述しているためである。県型保健所において精神保健福祉業務を担当する者は社会福祉専門職に限らないが、社会福祉学の実践内容を表すソーシャルワーク実践との関連で、今後の技術支援への示唆を提示する。

第1項 援助技術レベル

本研究では、県型保健所の専門職が市町村への技術支援を行う際に働かせている潜在的な意識、つまり、言語化されにくい実践知の可視化を試みた。分析の結果、専門職がもつ技術支援の意識構造は5つの因子から構成されることが明らかになった(本章第2節 図5-1)。本研究の成果をもとに、県型保健所による技術支援のあり方を概ねソーシャルワーク実践の過程に沿って提示する。

1) 日常的なつながりから協働的な関係づくりをすること

【市町村との協働的な関係づくり】(第4因子)は、ソーシャルワーク実践では、パートナーシップ形成にあたる因子である。この因子が表すように、技術支援を行うにあたっては、県型保健所と市町村が互いの役割を理解しながら、ともに主体的に業務に取り組むための関係形成が求められる。

関係づくりは、一朝一夕になされるものではない。第4章で示した調査結果のなかで、県型保健所専門職が取り組む実践事例では、日頃から市町村とのコミュニケーションを大切にし、定期的・継続的に情報交換をする機会をつくっているとの意見が多く挙げられていた。これらは、技術支援の場面に限らず、普段の様々な業務を行う際に市町村とのやり取りを丁寧に積み上げていることを意味している。専門職は、適切な技術支援のために平時から市町村との信頼関係を築くことをより意識しておくことが重要であることを確認できた。地域保健法第8条に、県型保健所は「市町村の地域保健対策の実施に関し、市町村相互間の連絡調整を

行い、及び市町村の求めに応じ、技術的助言、市町村職員の研修その他必要な援助を行うことができる」と記されている。それに対して、全国保健師長会大分県支部調査(2020)は「『求めに応じて市町村支援』ではなく『求められなくても市町村支援するのが保健所』の役割であると主張している。県型保健所の専門職は、市町村からの依頼や求めを待つ姿勢ではなく、市町村に積極的に働きかけることが重要であると考え。日常的なつながりのなかで保健所・市町村双方の業務状況や地域課題を確認し合うことや、時には保健所側から市町村に協力を求めることをしながら、両機関が地域の精神保健福祉業務の実施主体である認識を共有していくことが求められる。

2) 専門的かつ広範な情報を得てアセスメントすること

【専門的かつ広域的な情報の確認】(第2因子)は、ソーシャルワーク実践の過程においては、アセスメントの内容に相応する因子である。技術支援を行うにあたっては、県型保健所専門職は市町村が抱える業務の課題を明確化し、解決に向けた支援を行うために、多様な情報から裏付けされた支援を行っていくことが求められる。具体的には、この因子に含まれた項目が表していたように、関係法令等を点検することによって市町村の業務が法的根拠に基づいて適正に行われているか、行政計画や関連データを調べることによって業務の実施根拠が明確であるかどうか、様々な市町村で行われている実践等を参考にしてより効果的な実践となるか、などを確認する視点を持ち合わせることを考えられる。

今後、市町村を主体として取り組まれる精神包括ケアシステムの構築には、多様な関係者により地域課題を協議するプロセスが重要視されている(厚生労働省2021)。県型保健所には障害福祉圏域等の都道府県レベルに位置づけられる圏域における協議の場を運営するだけでなく、市町村レベルで開催される協議の場に参画し、精神障害者等の生活状況や社会資源等に関する専門的かつ広範な情報の提供を意識しながら、地域状況の把握や分析等に協力していくことが求められている。

地域の精神保健福祉関連の情報は、日常的な業務に関する統計等からも把握できるが、都道府県レベルであれ、市町村レベルであれ、精神保健福祉業務を担当する者は直接行う業務内では得られないような情報を意識的に収集していく必要

がある。例えば、精神保健福祉領域では、日本の都道府県・二次医療圏・市区町村などの区分別の社会資源を分析するための地域精神保健医療福祉資源分析データベース(ReMHRAD)が開発され、その利用が勧められている(ReMHRAD 2021)。このようなデータ活用の技術はいまだ確立されていないとの指摘がある(馬場・岡本 2016)ものの、これらのデータを積極的に活用していくべきであろう。

市町村に技術支援を行う際には日々の業務を通して直接得られた情報に加え、各種調査やデータなどをもとに得られる情報を活用していくことが重要である。県型保健所専門職は多様な情報を市町村の地域課題を適切に見出し、解決に結びつけていくまでの技術支援に活かせるよう、適切に収集・分析していく力を身につけることが求められる。

3)地域共生の理念を堅持する姿勢を保つこと

【地域住民として共生する意識の醸成】(第3因子)は、ソーシャルワークでは、専門職としての権利擁護の姿勢や態度を市町村(職員)に持ってもらえるよう介入する過程に相応する因子である。

精神包括ケアシステムの目標は、多様な生活課題を抱える精神障害者も、地域の一員として、支援の網からこぼれ落ちることなく、安心して自分らしい暮らしができるようになることである。この因子には大きく二つの内容が包含されている。一つは、精神障害者等が地域から排除されることのないように地域生活者としての理解を揺るがさないことや、当事者不在の支援にならないように市町村が精神障害者との援助関係を丁寧に形成して支援することを促すといった、市町村と精神障害者等の関係性に関する内容である。もう一つは、市町村と地域住民との距離感に配慮するという項目で表されるように、市町村と地域住民の関係性に関する内容である。前者については、精神障害者等が地域での生活を継続していけるよう、精神保健福祉相談員は自己主張しきれない彼らの主張を支援する代弁・代行機能(岩崎 2010:165)をこれまで大事にしてきた。技術支援を通して市町村に働きかける際には、県型保健所の専門職であれば誰もがその機能を重視していくことが求められる。後者については、住民に身近な行政サービス機関である市町村にとって、地域住民は、協働して地域づくりを進める存在でもあり、要望や意見を述べる存在でもある。地域共生社会の実現のためには、地域住民の理解と協

力は欠かせない。そこで、県型保健所の専門職には、地域住民のニーズに適切に対応しようとする市町村が地域住民との間で持つ距離感を理解し、尊重しながら技術支援を行う必要がある。

このように、市町村が地域共生の理念を保ち続けられるようにするためには、県型保健所の専門職は、精神障害者等の当事者、地域住民、市町村職員、それぞれの立場や状況に留意しながらかかわりを続けていくことが求められるであろう。

4) 支持的な働きかけをしつつ、戦略的に支援方針を立て、実施を後押しすること

【成果を見据えた支援方針の立案】(第1因子)は、ソーシャルワーク実践の過程においては、援助方針の策定(プランニング)・実施と評価の内容に相応する因子である。県型保健所が市町村に行う技術支援は、操作的定義で示したとおり「精神保健福祉業務への業務改善や課題解決の推進」と「市町村機能の向上」を目的にした技術的な協力と支援のことである。そのために、県型保健所専門職は市町村にとって良い成果がもたらされるよう、戦略的に支援方針を立て、計画に基づいた実践を行おうとしていることが本研究の結果から明らかになった。技術支援の成果としては、市町村が抱える業務の推進や地域課題の解決だけを指向するのではなく、市町村職員が業務の成功体験を重ねることで達成感を感じることや、地域住民が満足する取り組みにすること、さらには、市町村職員が今後の業務の道筋を立てやすくなることや組織として業務改善が図られることなど、多様な切り口からの成果への意識が挙げられた。それらの達成を目指して、援助方針として、市町村職員の心理的な支えとなることや、市町村の行政としての責務に対する自覚を促しつつ市町村の持てる力を発揮できるよう支持的に働きかけていく意識が挙げられた。さらには、連携強化に必要な市町村の庁内部署を含めた関係機関との調整や関連事業や協議会との連動を図るなど、計画的に働きかけていく意識も認められた。このことから、市町村のニーズに適切に応えていくためには、県型保健所専門職は多様な視点をもって戦略的に方針の策定から実施、評価までを想定した技術支援を行っていくべきだと考えられる。

5) 地域責任性を活かし、時に主導的に、時に補足的にかかわること

【市町村への補完的なかかわり】(第5因子)は、ソーシャルワーク実践の過程

においては主に介入に合致する内容と考えられる。

都道府県は、地方自治制度の「補完性の原理」に基づき、市町村が解決できない問題をサポートすることの役割を有している(西尾 2016:86-87)。先述したように、地域保健法の第 8 条をそのまま解釈すれば、技術支援とは市町村が業務の遂行に支障が出た場合に補う、いわゆる、市町村の後方支援のみを行うことと位置づけられかねない。しかし、県型保健所の技術支援は市町村の後方支援をすることだけではないことが、本研究の結果によって確認できた。この因子には、市町村が抱える業務の課題に対して解決の見通しをもって補助的にかかわるだけでなく、市町村がまだ認識していない課題、今後顕在化することが予想される課題を発見し、先行して着手していく内容も含まれた。県型保健所は、市町村と同じ地域責任性を担う行政機関であり、住民の精神保健福祉の向上のために直接的な支援を行う機関である。それゆえ、県型保健所の専門職は、市町村の精神保健福祉業務に過不足が生じないように、自らの実践も通して技術支援を行うことも求められる。

地域の重層的な支援体制の構築によって、県型保健所には単一市町村では解決が困難な課題の解決が期待されている(日本能率協会総合研究所 2020)。そのためにも、県型保健所の専門職は地域住民の健康の保持増進、疾病予防や生活支援に資する活動を積極的に行いながら、新たな地域課題を発見し、解決に関わることを意識していくことが求められる。そのように地域に潜在する課題を見出し、市町村とともにその解決に向けて取り組むことによって、市町村による相談支援体制の強化に寄与することを意識しながら技術支援していくべきであろう。

第 2 項 組織レベル

県型保健所における実施体制の実態を踏まえ、精神包括ケアシステムの構築に必要な技術支援の提供体制についての方策を提案する。

1) 組織内の体制整備に向けた働きかけ

県型保健所が対応する措置入院に係る通報件数が増加するなか、専門職は突発的に発生する緊急性の高い業務にも対応できるよう、日々、様々な業務を調整したり、人員などの体制に配慮したりしながら市町村への技術支援を行っているこ

とが推察される。それゆえ、保健所が取り組むべき業務のなかで、市町村への技術支援の優先順位が低い場合、専門職は技術支援の必要性を感じていても十分な時間を確保しにくくなる可能性がある。限られた人員でかつ、業務多忙な現場であっても、市町村への技術支援が他の業務に埋没しないような工夫が必要である。また、技術支援を行おうとしても、組織内で相談や検討できる機会が確保されていなければ、着手することに二の足を踏んでしまうこともあるだろう。専門職が技術支援に対して消極的な姿勢にならないように配慮しなければならない。そのような工夫や配慮を行っていくためには、組織内で専門職を支える体制づくりが重要になる。

本研究によって、専門職個人が普段から技術支援に対する意識を高くもっていることと、技術支援を実践でより活用していることに関連があることが立証されている。鈴木(2021)は、組織の協働体制を高めるためには「共通の目的を遂行する過程において協働する人々が得る満足に依拠する」と、職員の意欲の継続が重要な要素となると述べている。全国保健師長会大分県支部(2020)は、市町村と協働していくことが「当たり前であると考える風土を醸成する」と、組織内の意識変革の重要性を挙げている。このことから、県型保健所の技術支援を効果的に行うためには、市町村への技術支援を行う意義を保健所内で共有するなどして、専門職個人の意識を高め、安心して技術支援に取り組める環境を整えていくことが必要である。

2)人材育成の仕組みづくり

県型保健所が行う技術支援は、専門職個人が経験の中で得た知識や技術に基づいて行われてきており、いまだ平準化した技法が共有されていない。今後、技術支援が全国どこでも一定の水準で提供されるようになるには、技術支援の技法を標準化し、研鑽の仕組みを整える必要がある。

本研究の調査回答者を見ると、精神保健福祉担当勤務年数3年以内の専門職の割合が37.5%であり、10年未満の専門職の割合は64.5%であった。このことから、精神保健福祉業務の実践経験が必ずしも豊富とは言えない専門職も、市町村への技術支援を行うべき立場にあるという実態がうかがえた。また、回答者のうち、OJTを受けた経験のある専門職の割合は全体の36.4%にとどまった。伊藤・

守田(2019)が県型保健所の保健師に行った調査によれば、精神保健福祉業務でも措置入院に係る通報対応については、回答者の47.4%がOJTを受けた経験があった。このことから、技術支援に関するOJTは精神保健福祉業務のなかでもあまり行われてきていないと推察される。

この状況を改善するためには、県型保健所専門職を対象とした現任教育のなかにも技術支援を組み込んでいく必要があるだろう。技術支援に関する研修機会が乏しいことは、本調査結果でも課題として挙げられていた。

まず、技術支援に関する知識や技術を体系的に理解できる研修プログラムを開発していく必要があるであろう。その際に、本研究の成果である技術支援の意識構造の指標が活用され、実践経験が豊かな専門職から具体例を用いた説明ができるとよいと考える。

続いて、精神保健福祉業務の経験を積みながら、職場でOJTが継続して受けられる研鑽システムを整備する必要があるだろう。自治体職員における人材育成・現任教育の体系化は専門職ごとに進められている。例えば、保健師では、人材育成計画の一環で標準的なキャリアラダーが整備されている(厚生労働省2016)。ラダーとは、キャリアアップのための“はしご(ladder)”を指し、キャリアラダーは、ステップアップのプロセスを明確にして、資質向上の機会を提供する仕組みのことである(久保2012)。社会福祉専門職については自治体への配置が必須ではないため、国レベルで人材育成計画が整備されていない。今後は、社会福祉専門職向けのキャリアラダーが各都道府県で策定され、そこに技術支援に係る内容も取り入れられることが望ましい。技術支援の質を高めていくためには、一回の支援ごとに丁寧に、準備から実践、振り返りまで行うことが重要である。社会福祉専門職を含めた全ての県型保健所専門職が、技術支援に関する研鑽を恒常的に積むことのできる仕組みを導入すべきであると考えられる。

第3項 政策レベル

県型保健所に関する法令等の影響を踏まえ、精神包括ケアシステムの構築に向けて県型保健所の有する機能が発揮されるために必要な方策について提案する。

1) 県型保健所の役割と業務の再規定

第2章で示したように、保健所の機能強化に向けた方策は厚生労働省主催の検討会等のなかで、常に「残された課題」とされてきた。国レベルでの検討が進んでいないことが影響し、県型保健所では法令上の役割等に対して、現場の業務実施状況が追い付かない状況にある可能性を指摘した(第5章第1節)。

精神包括ケアシステムの構築に向けて、県型保健所には、訪問など個別支援での市町村との協働や、市町村が行う協議の場の企画・運営への技術支援などが役割として期待されている(厚生労働省 2021)。ところが、精神保健福祉業務のなかでも措置入院に係る通報等の法施行業務や危機介入への対応が優先される傾向にある。そのため、中土・北山(2013)が懸念するように、県型保健所が行う技術支援の実施のような、法令上に明確な規定がない業務や即応的な対応が求められない業務に対しては、専門職が積極的に取り組みにくい状況にある。

県型保健所の業務の規定について、桑原(2015)や野口(2019)は保健所等業務運営要領の早急な改訂を提起しているが、業務運営要領はあくまで業務の実施方法を定めたものにすぎない。そこで、精神保健福祉関係従事者が目指すべき基本的方向性を記した精神医療確保指針に着目したい。同指針には行政機関が担う役割が規定されており、保健所の役割の項目の一つに「保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策」を検討し、具体的な方策を推進することが記されている。

まずは、2017年の精神保健福祉法一部改正法案の廃案によって進展していない、県型保健所の精神保健福祉業務の運営体制と実施状況の詳細な調査と検証が必要であろう。そのうえで、市町村を主体とした精神包括ケアシステムの構築のために保健所が担う役割と業務について、精神医療確保指針など法令上に反映させることが必要なのではないだろうか。

2) 社会福祉専門職の人員確保

これまでの市町村を対象にした実態調査の結果(山本 2015 ; 藤井 2021)からも、県型保健所の技術支援に対する市町村からのニーズは依然として高いことが明らかにされている。しかしながら、第3章で示した調査結果から、市町村への技術支援の充実・強化は、現状の専従職員数では十分ではないことを指摘してき

た(第5章第1節第2項)。

さらに、本調査結果によって、精神保健福祉士を含む社会福祉専門職と保健師等が精神保健福祉業務を協働で行う【福祉職協働型】配置の有用性が示された(第3章)。社会福祉専門職の配置が進めば精神保健福祉業務の実施状況、特に技術支援が促進されると一概には言いきれないものの、単一職種で配置されているよりも、社会福祉と地域保健を専門性にもつ職員がそれぞれ配置される体制の方が、住民や市町村等からのニーズにより対応できる可能性があると考えられる。しかしながら現状では、県型保健所の専従職員配置が【福祉職協働型】である都道府県は全体の3分の1に満たない。

国は、2017(平成29)年度、県型保健所等に精神保健福祉士の配置が進むよう、地方交付税による財政措置を講じた(浜田2017)。しかし、塚本調査で精神保健福祉士が増員された保健所は5.8%であったことが報告されている(塚本2019)。増員ができなかった理由について、都道府県等職員を対象とした椎名(2019)の調査では、「財政状況も厳しい中、法的な裏付けがない状態での増員は極めて困難」、「退院後支援の業務増のみでは増員でき」ない、などが挙げられていた。国が財政上で社会福祉専門職の増員を後押ししたとしても、法令上の根拠に乏しい業務や職種では、都道府県として対応していくことは難しいと推察される。

県型保健所の多職種配置に関しては、保健所等業務運営要領に「管内の人口や面積等に勘案して多職種のチーム体制を敷くことによって、業務の遂行に努めること」と記されている(厚生労働省2014)。そのうえで、専任の精神保健福祉相談員を任命し、積極的にその職務に当たらせ、体制の充実を図ることを求めている。しかし、精神保健福祉相談員の配置は「できる」規定であり、義務とはされていない。この規定が任意であることは、精神衛生法改正で創設されて以降、変更なく続いている。現行法上の精神保健福祉相談員は、精神保健福祉法第48条の2に示されているとおり、任用資格の法律上の例示が精神保健福祉士とされている。今後、県型保健所に専任の社会福祉専門職の配置をすすめるためには、精神保健福祉法を改正し、精神保健福祉相談員の配置を必置化することが必要ではないだろうか。法律上、配置が義務化されれば、都道府県は社会福祉専門職を採用するようになり、県型保健所等に精神保健福祉相談員として配置することになるであろう。精神保健福祉相談員の配置が進むと【福祉職協働型】の県型保健所

が全国的に広がっていくことが期待できる。そのことによって、県型保健所の精神保健福祉業務は一層充実し、市町村と県型保健所の有機的な連携に基づく重層的な支援体制が図られるのではないかと考える。

これらにより、市町村を主体とする精神包括ケアシステムの構築が促進され、ひいては、精神障害者等が地域の一員として、安心して自分らしい暮らしを実現することにつながると考えられる。

終章 本研究のまとめ

第1節 本研究の概要

精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らせる地域を目指し、これまで様々な精神保健福祉施策が進められてきた。それでも、精神疾患及びメンタルヘルスの課題を抱える人々は増加し、地域生活支援体制の未整備等によって精神科病院からの地域移行は立ち遅れている。そこで、国は精神包括ケアシステムの構築を政策理念に掲げ、基礎自治体である市町村を基盤に、包括的な支援体制を構築していく方針を固めた。市町村によって支援の格差が生じぬよう、県型保健所には市町村への技術支援を積極的に行うことが求められた。

県型保健所が行う技術支援によって市町村の機能を高めることができれば、精神障害者等が身近な市町村でよりよい支援を受け、安定した生活を継続することが期待できる。しかし、技術支援が調査研究の対象になることは少なく、その方法論は実証的には未解明であった。

そこで、本研究は県型保健所が市町村に行う技術支援の実践内容を明らかにし、効果的に技術支援を行うための方法と提供体制のあり方を提起することを目的とした。この目的を達成するために、次の3つの研究課題を設定し、それぞれ探求していくこととした。

研究課題1 「精神保健福祉領域の法令及び政策等の変遷をもとに、県型保健所が担ってきた役割や業務の動向を整理する」

研究課題2 「県型保健所における精神保健福祉業務の従事状況を都道府県ごとに明らかにする」

研究課題3 「県型保健所の専門職が市町村に行う技術支援の意識構造を明らかにする。そして、技術支援の意識に影響を与える要因、技術支援の活用度合いに影響を与える要因等を明らかにする」

第1章では、まず、県型保健所と市町村に関する精神保健福祉業務の概況を示すため、保健所設置数と市町村数、それぞれの根拠法令、業務内容、専門職配置、業務実施状況等を記述した。次に、技術支援に関する法令等の規定と実践の経過を確認した。精神保健福祉業務の実施主体が市町村に拡大されるにつれ、県型保健所による技術支援の必要性が高まるも、近年では、県型保健所の実施体制の変化等に伴って技術支援がやや消極的になってきていることが課題とされた。

続いて、県型保健所による技術支援の概念について、先行研究を概観し整理した。県型保健所に関する先行研究を検索したところ、技術支援を対象とした先行研究は僅かであり、方法論が確立されていないことを確認した。また、実践に影響を与える要因分析等も行われていないことから、社会福祉と地域保健の領域における専門職を対象とした先行研究から、実践に影響を与える要因について整理した。さらに、社会福祉領域で用いられるコンサルテーションに関する国内の先行研究と、地域保健領域で用いられているTAに関する国外の先行研究をもとに、それぞれの概念をまとめ、実証的研究によって明らかにされていた専門職の実践力に影響を及ぼす要因等も示した。

以上の先行研究レビューをもとに、本研究における県型保健所が市町村に行う技術支援の操作的定義と研究枠組みを設定した。そのうえで、上記のとおり研究課題を3つのレベル(政策、組織、援助技術)に分けて整理した。

第2章では、研究課題1を探求すべく、精神保健法から精神保健福祉法に改正された1995(平成7)年を起点に、2021(令和3)年3月までの保健所の役割と業務の変遷について、精神保健福祉法及び関連する検討会等をもとに整理した。調査対象期間を3期に分け、第1期(1995～2006年)を「市町村による精神障害者福祉業務移行期」と、第2期(2007～2015年)を「保健所と市町村による精神保健福祉業務実施期」と、第3期(2015～2021年3月)を「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築期」とした。

市町村の役割と業務については、精神保健福祉法成立後、まもなく精神障害者福祉業務が都道府県から市町村へ移管し始めた。障害者自立支援法が施行されると他障害と併せて市町村が実施主体となり、さらに、都道府県を中心に行われていた精神科病院からの地域移行支援等は市町村を主体とした制度に改正された。精神保健業務も精神医療確保指針に市町村の役割が定められるなど、市町村の役

割と業務の範囲は拡大していった。精神包括ケアシステムの構築が目指されるようになると、市町村は同システムの基盤となり、市町村を主体とした支援体制の整備に取り組むことになった。

県型保健所は、市町村の業務が拡大するたびに市町村への技術支援に取り組むことが求められてきた。そして、精神障害者福祉に関する業務の実施主体を市町村が担うようになると、医療提供に関する相談・訪問や医療機関と連携した支援体制づくりといった地域における精神保健業務を推進する役割が県型保健所に位置付けられた。今日の県型保健所はそのような地域の精神保健の中核的な役割を担いつつ、措置入院に係る通報対応や市町村単位では解決が難しい広域的な課題の解決、さらに、市町村業務への技術支援など広範囲な役割と業務が求められている。本章での整理によって、県型保健所の役割と業務は市町村の役割と業務に応じるように推移していたことが確認できた。併せて、県型保健所による精神保健業務の機能低下が指摘されていたものの、保健所機能に対する機能強化策が打ち出されず、常に政策上の「残された課題」とされてきたことも明らかになった。

第3章では、研究課題2を検証すべく、県型保健所において精神保健福祉業務を担う専従職員の配置状況に着目し、2つの仮説を検証するための調査を行った。調査方法は、既に公表済みである2種類の既存データを用いた二次分析とした。調査仮説1は「2018年度の県型保健所専従職員の配置状況は2002年度と比べて変化している」とした。2つの年度のデータを活用するにあたり、13都道府県を分析対象から外すことになったが、34都道府県に所在する県型保健所における専従職員の配置状況は、2018年度が2002年度より0.61人分上回っていた。この結果、調査仮説1は支持された。

調査仮説2は「業務実施状況は専従職員の配置状況の違いによって違いが生じている」とした。階層型クラスター分析を用いて2018年度データの専従職員の配置状況より都道府県を3タイプに分けたうえで、それぞれの業務実施状況をKruskal-Wallis検定により比較した。結果は、精神保健福祉士あるいは社会福祉士の有資格者が従事者の約半数の割合を占め、保健師等と協働して業務にあっている【福祉職協働型】が、専従職員一人あたりの相談延べ人数、訪問指導延べ人数、市町村援助回数において他の類型と比較して有意に高かった。この結果、調査仮説2も一定程度支持された。

第4章では、研究課題3を検証すべく、県型保健所専門職が市町村に行う技術支援の実践内容を明らかにするための調査を実施した。そのうえで、技術支援の指標を作成することと、実践での活用に影響を与える要因を明らかにすることを具体的な目標に据えた。調査方法は、質的調査と量的調査を組み合わせたミックス調査を採用した。質的調査によって、技術支援の意識構造の項目一覧と技術支援課題の項目一覧を作成し、全国の県型保健所を対象に郵送法による質問紙調査を行った。有効回答数は475件(44.4%)であり、このデータをもとに複数の分析を行った。

まず、探索的因子分析を行い、5因子28項目から構成される技術支援の意識構造をまとめた。5つの因子名を【成果を見据えた支援方針の立案】、【専門的かつ広域的な情報の確認】、【地域住民として共生する意識の醸成】、【市町村との協働的な関係づくり】、【市町村への補完的なかわり】と命名した。その後、検証的因子分析を行ったところ、修正モデルの適合度は概ね許容できる水準であると判断した。

次に、技術支援の意識構造に影響を与えている要因を3つの調査仮説を立てて検証した。第1の調査仮説「専門職の個人属性によって技術支援の意識度合いが異なる」では、「精神保健福祉担当としての通算勤務年数が長い」、「職場内で技術支援の指導(OJT)を受けたことがある」、「全国規模の学会や職能団体等に入会している」専門職の方が、全部又は一部の因子で技術支援の意識度合いが有意に高くなった。この結果、第1の調査仮説は部分的に支持された。第2の調査仮説「専門職個人の力量に関する課題の程度によって、技術支援の意識度合いが異なる」については、専門職が自身の力量に対して課題を強く感じているほど、技術支援の意識度合いが一部の因子において有意に低くなった。この結果、第2の調査仮説は一定程度支持された。第3の調査仮説「組織の実施体制に関する課題の程度によって、技術支援の意識度合いが異なる」については、県型保健所の組織体制の課題を強く感じている専門職ほど、技術支援の意識度合いが有意に低くなった。この結果、第3の調査仮説は支持された。

続いて、技術支援への意識と実践での活用との関連性について検証した。調査仮説「技術支援の各項目の意識が高いと、実践における活用度合いも高い」を立てて分析した結果、この調査仮説は支持された。

最後に、技術支援の実践での活用度合いへの影響要因について検証した。調査仮説「技術支援の意識に影響を与えている要因は、技術支援の実践での活用にも影響を与えている」を立て、技術支援の意識構造 5 因子全てに有意な影響を与えている 3 要因(精神担当勤務年数、OJT を受けた機会、組織体制課題)について分析した。結果は 3 要因ともに全部又は一部の因子において有意な影響を与えていたため、この調査仮説は一定程度支持された。

第 5 章は総合考察とし、まずは、研究目的を達成するために設定した 3 つの研究課題に対して、本研究の結果について先行研究を踏まえた考察を行った。

研究課題 1 については、政策的な変遷では県型保健所の役割と業務は市町村の役割等に伴って推移していたが、その変化に伴った県型保健所の実施体制の整備が政策として行われてこなかった。それによって、法令上定められた内容と実際の実施状況とに乖離が生じてしまい、現状の実施体制では政策上で求められる役割と業務に対応しきれていない可能性を指摘した。

研究課題 2 については、本研究の結果、県型保健所 1 か所あたりの専従職員は増員されていた。しかし、それは、県型保健所の数が減少することに伴う配置換えによる人数とほぼ一致しており、精神包括ケアシステムの構築にあたって市町村が求めている、県型保健所による技術支援を充実・強化させていくためには十分とは言いきれないことを指摘した。また、既存のデータを活用した分析の結果、都道府県ごとの専門職配置状況には違いが認められ、専門職の配置割合をもとに 3 タイプに類型化することができた。3 種類のタイプごとの業務実施状況について分析したうえで、県型保健所に社会福祉専門職を配置することによって、住民からの相談ニーズや市町村からの技術支援のニーズにより多く対応できる可能性を示した。

研究課題 3 については、技術支援の意識構造の 5 因子について、先行研究の結果と照らし合わせながら、それらの特徴を示した。そのうえで、これらの各因子を総合的に捉えて技術支援を行うことができるよう、技術支援の意識構造に関する指標を提示した。

次に、技術支援の意識構造に影響を与えていた個人要因と環境要因について、その特徴を考察した。技術支援に関しては、精神保健福祉業務の実務経験を積み上げることと、職場内の OJT を受けることによる効用は、先行研究と重なる結果

であった。技術支援がより活用されるためには、特に、精神保健福祉業務の担当となってから10年未満の専門職は、OJTを受ける機会を得ることによって、技術支援の活用度合いがより高まりやすい傾向にあった。実践において技術支援を効果的に行っていくためには、専門職の意識をいかに高めることができるかも重要になる。専門職が技術支援を行う際に、組織内の協力体制等について課題を強く感じている場合には、活用度合いが低くなることも確認された。以上の結果から、精神保健福祉業務を担当することになった専門職には早期からOJTを受けられる環境を整えたうえで勤務経験年数を重ねられるようにすることと、技術支援の実施を後押しできる組織内の体制づくりを行うことの重要性を示した。

以上の調査結果及び考察を踏まえて、本研究で据えた目的に対する知見について整理した。そのうえで、精神障害者等のより良い暮らしの実現を目指す精神包括ケアシステムの実現に向けた、県型保健所に関連するソーシャルワーク実践について、研究課題で設定したレベル別に分けて提示した。

援助技術レベルとしては、「日常的なつながりから協働的な関係づくりをすること」、「専門的かつ広範な情報を得てアセスメントすること」、「地域共生の理念を堅持する姿勢を保つこと」、「支持的な働きかけを視野に入れつつ、戦略的な支援方針を立てること」、「地域責任性を活かし、時に主導的に、時に補足的にかかわること」の5点の示唆が得られた。

組織レベルとしては、「組織内の体制整備に向けた働きかけ」、「人材育成の仕組みづくり」の2点の示唆が得られた。

政策レベルとしては、「県型保健所の役割と業務の再規定」、「社会福祉専門職の人員確保」の2点の示唆が得られた。

第2節 本研究の意義

本研究における意義は、次の2点である。

第1点は、県型保健所の専門職が市町村の専門職あるいは組織の実践を補完・支援するための技法を明らかにしたことである。

社会福祉専門職の実践は、様々な生活福祉課題を抱える障害者等を対象とした援助技法に多くの関心が寄せられてきた。制度や政策に対応する行財政論や組織運営、行政計画などへの関与方法については、当事者への直接的な支援とは切り離されて議論されてきた（大島 2016:10-11）。そのため、社会福祉実践において直接的な援助以外の技法を対象とした実証的な調査は十分に蓄積されていなかった。

直接援助にあたる者や組織に対するサービスの質の向上、個人の力量形成や組織の環境の改善等を図るための援助技法、つまり、本研究が対象とした技術支援も、精神障害者への直接援助とは別の研究対象として捉えられてきたと考えられる。そして、本研究が主題とした技術支援においても先行研究は乏しく、現場での実践こそ積み重ねられてはいたが、一定の科学的な手法をもとに開発された実践方法までには至っていなかった。それゆえ、県型保健所による技術支援は、専門職の実践知を頼りに行われてきたため、継承が困難とされてきた。

本研究では、専門職が地道に積み重ねてきた実践経験を基調にした、技術支援の実践内容を具体的かつ詳細に明らかにすることができた。研究の対象範囲を県型保健所と市町村の関係に限定しているものの、質的調査と量的調査を組み合わせながら、現場で実践を重ねる専門職を対象に実証的な調査を行い、分析結果を具体的に示すことができた。本研究は、社会福祉領域では十分には取り組まれていなかった、専門職が他機関の専門職あるいは組織の実践を補完・支援するための方法論を見出すための研究であり、このことは、社会福祉研究における社会的な意義を見出すことができるだろう。本研究の成果として提示した指標が現場の苦悩を解消するための一助になることを期待したい。

第2点は、市町村を主体とする精神包括ケアシステムにおいて、県型保健所が市町村の相談支援体制の構築に貢献していくため方策を多層な視点から提示したことである。精神包括ケアシステムは、最終的には地域包括ケアシステムに統合

させていくことを想定し、「精神障害にも対応した」と加えた名称が採用されている(厚生労働省 2016a)。地域包括ケアシステムとは、複雑かつ複合的な生活課題を抱える人々が制度・政策によって生じる狭間によって支援からこぼれ落ちないようにするための取り組みである。そのために、県型保健所を含めた都道府県と市町村による重層的支援体制を構築していくことが求められている。

技術支援の効果的な実施方法を明らかにするにあたり、援助技法の習得といった個人の課題だけに焦点をあてるのではなく、保健所の運営体制や法制度上の課題など、組織や政策など保健所を取り巻く環境に関する課題も含めて検証する必要があることを確認した。そこで、本研究の研究課題を3層に設定し、それぞれの視点から分析に取り組んだ。その結果、援助技術レベルとして技術支援を効果的に行うための実践への示唆を得るとともに、県型保健所における組織レベル、政策レベルの課題に対しても具体的な方策を提示することができた。このように、個人から組織、社会までを通底した研究手法を用いて、県型保健所が抱える課題解決に向けたソーシャルワーク実践の示唆が得られたことは、重層的な支援体制を有機的に構築できるための糸口となるのではないだろうか。

都道府県が市町村を支援する構造は、精神保健福祉領域に限ったことではない。2019(令和元)年に厚生労働省が報告した「地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会」最終とりまとめにもあるとおり、市町村を主体とした地域包括ケアシステムの構築にあたり、都道府県には「市町村における包括的な支援体制の構築の取組の支援」(厚生労働省 2019)が求められている。それにもかかわらず、都道府県による市町村への支援の方法はこれまで詳細に言及されてこなかった。今後、地域共生社会の実現を目指した支援システムの構築にあたり、高齢者福祉や児童福祉など様々な分野においても、都道府県が市町村の包括的な支援体制の整備等に貢献していくことは目指されるところである。このような都道府県と市町村の重層的な支援構造は精神保健福祉領域に限らず、社会福祉領域では同様の構造をもつことが多くあるため、都道府県による市町村への支援方法を提示した本研究の知見は、今後広く活用できるのではないかと考えられる。市町村を中心とする地域包括ケアシステムの構築にあたり、都道府県が今以上に積極的かつ効果的に参画していけるための調査研究の蓄積に、本研究の成果が参照されることを願う。

第3節 研究の限界と今後の課題

本研究の限界と今後の課題を示す。

1) 保健所の役割と業務に関する施策の変遷(第2章)

本研究では、精神保健福祉法を中心とした精神保健福祉施策から変遷をもとに、市町村及び県型保健所の役割と業務の変化を整理した。近年、精神保健福祉に関する課題は多様化し、その対策を講じるために様々な法律が成立・施行されている。精神保健に関しては自殺対策基本法、障害者福祉に関しては障害者虐待防止法や障害者差別解消法など多岐に渡る。市町村と県型保健所の役割と業務に関する更なる分析を進める際には、法令等の対象範囲を拡げていく必要がある。

2) 県型保健所の専門職配置状況に関する調査(第3章)

本研究結果は、いくつかの既存調査のデータを組み合わせて行った探索的な調査による分析である。調査対象が全ての都道府県ではなく、対象とした年度も2年間だけであり、毎年度の変化等を確認できたわけではない。近年の目まぐるしく変化する施策の動きを踏まえれば、今後も継続した調査によってより精緻な分析をしていくことが望ましいと考える。

3) 県型保健所の専門職が行う技術支援の意識と実践に関する調査(第4章)

第1に、回答者に偏りがある可能性があるという点である。回答者の地域区分や保有資格については、先行調査等との比較によって一定程度一致していると判断した。しかし、性別や年代、勤務年数などは、全国の県型保健所の専従職員に関する資料が見当たらないため、本研究の回答者と比較することができなかった。所内の専従職員数によっては回答者が選定され、技術支援の必要性をより感じている人が積極的に回答している可能性がある。それでも、本研究は、全ての県型保健所を対象とした調査であり、回答者の自治体勤務年数や精神担当勤務年数を見ると、万遍なく分散されていることから、本研究の結果に過度な偏りがあるとは言えないと判断した。

第2に、技術支援の意識構造のモデル適合度が十分とはいえない点である。濱田(2015)は「探索的因子分析によって得られた因子で事足れりとするよりも、

続いて検証的因子分析を行うことで、得られた因子構造仮説の妥当性が得られる」と述べている。本研究では、探索的因子分析を行った後、同一データをもとに検証的因子分析を行った。本研究におけるモデルの適合度は、基準とされている数値を十分に満たしたとはいえない。また、検証的因子分析によって構成概念妥当性は検証できたが、本調査と同様の先行調査がないことから基準関連妥当性の確認は行えなかった。今後は、別の新たなデータを収集し検証することを含めて検討し、精度を高めていくことが求められる。

第3に、重回帰分析のモデルにおける説明力が低い点である。技術支援の意識構造の影響要因を明らかにするために重回帰分析を行っている。結果は、従属変数とした5つの因子に対して、1%水準で有意であり、その有効性は確認された。しかし、説明力を表す決定係数(調整済み R^2)の値が全ての因子で0.2以下となり、決して高くはない結果となった。この結果を踏まえ、影響を与えている要因をさらに検証する必要がある。本研究では独立変数として投入できなかったが、専門職一人あたりの相談や訪問等の業務件数、担当する市町村数、技術支援に充てている総時間数など、様々な統計データを活用することも試みたい。

第4に、自己評価に基づいた実践経験に基づく結果であるという点である。技術支援の意識や活用度合いを尋ねる項目があるが、主観的認識に基づく回答であるため、過小あるいは過大評価された結果が反映されている可能性がある。それでも、本研究の結果から県型保健所専門職の実践の傾向は捉えることができたと考える。今後は、県型保健所による技術支援を受けた市町村の評価を確認することが必要になるだろう。市町村が精神保健福祉業務を行うにあたり、県型保健所の技術支援のどのような点が促進要因となり、どのような対応が阻害要因となったのかを具体化に聴取していくことで更なる分析が可能になると考える。

第5に、個別の相談事例や各種業務等が有する個々の特性に応じた技術支援の対応方法までは言及していない点である。本研究は、技術支援が全国どこでも一定の水準で提供されるようになることを目指して行ったものである。それゆえ、平準化された技術支援の指標を策定することを重視した。今後は、本研究の成果として提示した指標を基礎に、精神保健福祉業務の多様な事例への活用が進められ、さらに実用性の高い指標が作られることを期待する。また、本研究では、専門職の専門性の違いによって、技術支援の活用度合いがどう異なるのかは詳細に

分析することができなかった。この点は、技術支援の活用事例の分析を積み重ねていくことが今後必要になるだろう。

第6に、先行研究で扱った文献にやや偏りがあるという点である。本研究では、県型保健所の精神保健福祉業務を担当する様々な専門職の回答を得て、分析を行っている。しかし、その分析結果を考察するにあたり、保健師のみを対象とした研究結果を先行研究として用いることが多くなった。これは、全国的に保健師が精神保健福祉業務を行っている割合が高いため、多くの調査研究が蓄積されていることに起因していると考えられる。社会福祉専門職においては、住民等への直接支援の実践報告は積み上げられているが、他機関の職員や組織への支援に関する実証的な調査は筆者が調べた限り見当たらなかった。保健師は専門職としての能力形成に関する研究にも積極的に取り組んでいるが、社会福祉専門職自身の能力形成に焦点を当てた調査研究も少数にとどまっていた。県型保健所に従事する社会福祉専門職の有用性を更に検証していくためにも、今後は各職能団体等が協力をして調査研究を蓄積していくことが求められる。

こうした研究上の課題は残るものの、本研究の成果によって研究の目的は達成されたものとする。

謝辞

私がこの博士論文を完成させることができたのは、多くの方々に多大なお力添えをいただいたおかげです。

まず御礼を申し上げたいのは、全国の県型保健所で精神保健福祉業務に取り組む専門職の皆さまです。新型コロナウイルス感染症の蔓延により、通常業務が行えない程ひっ迫している日々のなか、多くの皆様が調査にご協力くださいました。本研究の主題である市町村への技術支援については、ともすると実施できるような状況ではなかったと思います。それでも、調査に貴重な時間を割いていただいたのは、専門職の皆さまが市町村への技術支援を大事にされている何よりの証拠だと実感しました。皆様の回答から力をいただけたことで、本研究を最後までやり抜くことができました。この場を借りて深く感謝申し上げます。

指導主査を務めていただきました福島喜代子教授。2015年にルーテル学院大学大学院の修士課程に入学してから、約8年間にわたり真心のある丁寧なご指導をしていただきました。入学してから今日に至るまで、福島先生から私は、研究に向き合う基本的な姿勢から、執筆に必要な緻密さや誠実さ、調査に関わる方々へ敬意を払うことなど、多くの大切なことを教わりました。「想いはあるけれど、文章に表せない」私でしたが、福島先生の懇切丁寧なご指導をいただいたことで、一歩ずつながら着実に論文を書き進めることができました。数え切れない程のメールをお送りし、誰よりもご迷惑をおかけしたにもかかわらず、「岡田さんが納得できているのなら、私の時間も労力もなんの苦になりません。」と最後に言っていただいたこと、一生忘れることはないと思います。福島先生からいただいた全てが、研究者としての私のかけがえのない財産です。

副査を務めていただきました金子和夫教授。金子先生にはたくさんの励ましとともに、社会福祉行政・自治体政策の視点からの鋭いご指摘をいただきました。より現場の実態を踏まえた研究を行うことができたのは金子先生のおかげです。心より感謝いたします。

審査委員を務めていただきました高山由美子教授。私が博士ゼミで発表させてもらう時、高山先生は必ずと言っていいほど「ソーシャルワークの視点で捉えらるとどう説明できますか」と問いかけてくださいました。社会福祉学として最も大

切な視座がブレないように考察を書き進めることができたのは高山先生のおかげです。心より感謝いたします。

外部審査委員は、田中英樹教授（東京通信大学・早稲田大学名誉教授）に務めていただきました。精神保健福祉行政におけるソーシャルワーク実践に関する研究の先駆者である田中先生に私の研究を審査していただき、極めて有益なご意見・ご助言をいただくことができました。深く感謝申し上げます。

また、斎藤裕哉先生（ルーテル学院大学大学院非常勤講師）には、量的調査の設計から分析までご指導いただきました。私自身、苦手意識をもっていた量的調査でしたが、前向きかつ積極的に取り組むことができたのは斎藤先生のおかげです。本当にありがとうございました。

私がこうして、博士論文の作成といった壮大なチャレンジに取り組むことができたのは、松本すみ子教授（東京国際大学）の存在があったからです。大学院進学に悩む私の背中を押してくれたのが松本先生、研究者に転職するかどうかに悩む私の背中を押してくれたのも松本先生でした。私を応援し続けてくださり、ありがとうございました。

越智あゆみ准教授（県立広島大学）は、稚拙な文章しか書けず悩んでいる私に声をかけてくださり、適格かつ温かみのある助言をたくさんいただきました。悩み苦しみながらも書き進めることができたのは越智先生のおかげです。本当にありがとうございました。

そして、大学院ゼミは私にとって非常に大切な場でした。修士課程では心強い多くの同期に恵まれて、先輩や後輩とともに大学院での学びを楽しむことができました。博士課程でもゼミに参加するのが楽しみで、発表させていただくと、いつも先生方や院生の皆さんから貴重な意見がいただけて、大変励みになりました。学びの場を共に過ごさせていただいた皆さま、本当にありがとうございました。

私が本研究に取り組む決意をしたのは、前職の精神保健福祉相談員の諸先輩方から刺激を受けたからであり、迷いながらも現場で奮闘する同期や後輩達の姿に感銘を受けたからに他なりません。本研究を進めていくうえでも多くの相談員の仲間に助けていただきました。本当にありがとうございました。

本研究は全国の県型保健所を調査対象にしたため、実施にあたっては多くの課題がありました。私一人の力では思うように事が運ばなかったところ、全国精神

保健福祉相談員会の会員の皆さまにご協力いただいたことで、円滑に取り組むことができました。特に、インタビュー調査に御協力いただいた皆様、質問紙調査の周知等にお手伝いいただいた皆様に深謝いたします。

また、現在の職場である福井県立大学の社会福祉学科の先生方には、赴任してから今までに多くのご配慮をいただきました。深くお礼申し上げます。

最後に、私の家族である、妻と2人の娘たちにお礼を言いたい。自分の夢や希望だけを追いつけて、家庭を顧みず、ついには転職して単身赴任まで許してもらいました。これからは夫らしい、父親らしいことをしっかりやりますので、これからもどうぞよろしく申し上げます。

私は実践者として18年間、様々な経験をさせていただきました。本研究を続けていくなかで壁にぶつかるたびに、ソーシャルワーカーとしてかかわらせていただいた精神障害がある当事者やご家族の皆さま、関係者の皆さまのことを思い出していました。ソーシャルワーカーとして本格的に歩むことができるかなというところで転職し、教育研究職として働き始めてまもなく3年が経とうとしています。実践者としても教育研究者としても中途半端な存在である自分に苦しんでいましたが、ようやく地に足付けて新たなスタートラインに立つことができたと感じています。

皆さまへの感謝の気持ちを忘れずに、当事者の皆さま、現場の実践者の皆さまのために少しでも役に立てる教育研究者になれるよう、これからも研究活動に精進してまいります。

2022年8月31日

文献一覧

- 赤澤正人・竹島正・立森久照・ほか(2014)「保健所における精神保健福祉業務の現状と課題」『日本公衆衛生雑誌』61(1), 41-51.
- Ando S, Yamaguchi S, Aoki Y, et al.(2013) Review of mental-health-related stigma in Japan. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 67(7),471-482.
- 青山貴彦・岡田進一(2018)「障害者就業・生活支援センターにおける精神障がい者のアセスメント実践活動の構造」社会福祉学 59(2), 37-51.
- 荒木均(2010)「公的機関におけるスーパービジョン」深沢道子・江幡玲子編『スーパービジョン・コンサルテーション実践のすすめ(現代のエスプリ No.395)』至文堂.
- 荒木昭次郎(2012)『協働型自治行政の理念と実際』敬文堂.
- 馬場わかな・岡本玲子(2016)「地域の健康課題明確化に向けた自治体保健師による質的データ活用技術の明確化」『日本公衆衛生看護学会誌』5(2),154-164.
- Blasé, K. A. (2009) Technical Assistance to Promote Service and System Change: Roadmap to Effective Intervention Practices 4, University of South Florida Technical Assistance Center on Social Emotional Intervention for Young Children.
- Butterfoss, F. D.(2004) The Coalition Technical Assistance and Training Framework: Helping Community Coalitions Help Themselves, Health Promotion Practice 5(2), 118-126.
- Caplan, J.(1964)PRINCIPLES OF PREVENTIVE PSYCHIATRY, 4th, Basic Books. (=1970, 新福尚武監訳『予防精神医学』朝倉出版.)
- Cerully, J. L., Collins, R. and Wong, E. et al.(2015) The Mental Health Association of San Francisco Partner Organization Meet Their Goal in Stigma Reduction Effort : Result of a Qualitative Evaluation of Technical Assistance Process, The RAND Corporation, 1-8.
- 中央法規出版編集部編 (2012)『六訂社会福祉用語辞典』中央法規, 180.
- 江間由紀夫(2020)『『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』に関する考察』『東京成徳大学研究紀要』27, 59-72.

- Flick, Uwe (2007) Qualitative Sozialforschung An introduction to qualitative research, Rowohlt Taschenbuch Verlag gmbH, Reinbek bei Hamburg(=2011:小田博志監訳「新版 質的研究入門〈人間の科学〉のための方法論」春秋社.)
- Gibbs, D. A. , Hawkins, S. R. and Monique Clinton-Sherrod, A. et al.(2009) Empowering Programs With Evaluation Technical Assistance: Outcomes and Lessons Learned, HEALTH PROMOTION PRACTICE, 10(1), 38S-44S.
- 藤井千代(2021)『令和2年度総括・分担報告書 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究』令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(障害者政策総合研究事業)。
- 福島喜代子(2005)『ソーシャルワーク実践スキルの実証的研究 精神障害者の生活支援に焦点をあてて』筒井書房。
- 福山和女(2005a)「第7章第4節コンサルテーション」新版・社会福祉学習双書編集委員会編『社会福祉援助技術論』全国社会福祉協議会, 248-251.
- 福山和女(2005b)『MINERVA 福祉専門職セミナー⑭ソーシャルワークのスーパービジョン 人の理解の探求』ミネルヴァ書房。
- 萩原浩史(2019)『詳論相談支援—その基本構造と形成過程・精神障害を中心に』生活書院。
- 濱田悦生(2015)「『社会福祉学』における量的研究での統計的手法と欠損データに関する一考察：統計的観点からみたデータの取り扱い」社会福祉学 56(3), 88-98.
- 畑下博世(2008)「障害者自立支援法を踏まえた精神保健福祉センター、保健所の役割と機能強化についての精神保健福祉施策研究」厚生労働省科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業, 1-17.
- 畑下博世・坪倉繁美・川井八重ら(2014)「障害者自立支援法施行後の精神保健福祉活動における保健所の役割」『日健医誌』22(4), 279-286.
- 畑本裕介(2012)『社会福祉行政 行財政と福祉計画』法律文化社。
- 林真帆(2014)「コンサルテーション」日本社会福祉学会辞典編集委員会編『社会福祉学辞典』丸善出版, 214-215.
- 狭間香代子(2013)「コンサルテーション」山縣文治・柏女霊峰他編集『社会福祉用

- 語辞典 福祉新時代の新しいスタンダード』第9版, ミネルヴァ書房, 112.
- 平田豊明(1982)「第二章わが国における地域精神衛生活動の歴史」増野肇・近藤喬一編『精神衛生活動の実際』金剛出版, 27-54.
- 平野美千代・平野憲子・和泉比佐子・ほか(2007)「地域保健活動における中堅保健師の自信のなさー精神障害者支援を展開した保健所中堅保健師のインタビューを通して」『日本地域看護学会誌』10(1), 66-71.
- 広田伊蘇夫(2007)『立法百年史 精神保健・医療・福祉関連法規の立法史』批評社.
- 菱沼幹夫(2009)「第3章 コミュニティソーシャルワーク実践の現状と課題「福祉専門職の地域生活支援スキル(技法)に関する全国調査」結果より」平成19・20年度科学研究費補助金(基盤研究(B))研究成果報告書「コミュニティソーシャルワーク実践の体系的なスキルの検証及び教育法の開発」, 25-46.
- 菱沼幹男(2010)「福祉専門職による地域生活支援スキルの促進要因分析: コミュニティソーシャルワークの観点から」日本社会事業大学大学院2009年度博士学位論文.
- Hunter, S. B., Chiman M., Ebener P. et al.(2009) Technical Assistance as a Prevention Capacity-Building Tool: A Demonstration Using the Getting To Outcomes® Framework, Health Education & Behavior, 30(5), 810-828.
- 家原敏彰(2014)「第3章地域生活支援 3-2-3 保健所」精神保健医療福祉白書編集委員会編『精神保健医療福祉白書2015年度版』中央法規.
- 五十嵐友喜・佐藤由美(2014)「市町村支援の事業化における保健所保健師の思考」『第79回日本公衆衛生学会総会演題集』(大阪府), 572.
- 池上由美子・後閑容子・石原多佳子(2015)「保健所の精神保健福祉業務担当保健師が能力の不足感を抱える業務内容ー職場や関係者等から求められている業務として認識する程度と遂行能力の自己評価の差からー」『日本地域看護学会誌』18(1), 110-117.
- 飯島清美子・山口忍・渡辺尚子ら(2016)「市町村保健師が精神保健分野の個別対応で抱える困難」『日本公衆衛生看護学会誌』5(2), 144-153.
- 池埜聡(2010)「第9章ソーシャルワーク研究における質的・量的ミックス法」『ソーシャルワークの研究方法ー実践の科学化と理論化を目指して』相川書房, 143-166.

- 池末美穂子(1997)「精神障害者福祉における生活保障の役割と課題」岡上和雄監修『精神障害者の地域福祉－試論と実践最前線－』相川書房, 33-66.
- 石川久展(2019)「わが国におけるミクロ・メゾ・マクロソーシャルワーク実践の理論的枠組みに関する一考察－ピンカスとミナハンの4つのシステムを用いてのミクロ・メゾ・マクロ実践モデルの体系化の試み－」『Human Welfare』11(1), 25-37.
- 伊藤悦子・守田孝恵(2020)「警察官通報により措置入院となった精神障害者に対する保健所保健師の再発予防支援」『山口医学』69(1), 13-23.
- 岩崎香(2010)『人権を擁護するソーシャルワーカーの役割と機能－精神保健福祉領域における実践課程を通して』中央法規.
- 岩崎香・北本佳子(2011)「ソーシャルワークにおけるコンサルテーションに関する探索的研究－インタビュー調査の結果から－」『鴨台社会福祉学論集』20, 43-51.
- Jolly, D. , Gibbs, D. , Nap, D. et al. (2003) Technical Assistance for the evaluation of community-based HIV prevention programs, Health Education & Behavior 30(5):550-563.
- Katz, J. and Wandersman, A.(2016) Technical Assistance to Enhance Prevention Capacity: a Research Synthesis of the Evidence Base, Prevention Science, 17(4), 417-428.
- 梶本紗代(2004)「コンサルテーション」日本精神保健福祉士協会・日本精神保健福祉学会監修『精神保健福祉用語辞典』中央法規.
- 柄澤尚江(2016)「第3章地域生活支援 3-2-2 市町村」精神保健医療福祉白書編集委員会編『精神保健医療福祉白書 2017』中央法規.
- 勝田信之(2009)「保健所の地域診断による市町村支援・活用の全国調査について」『第79回日本公衆衛生学会総会演題集』(奈良県), 294.
- 河本裕香・榊原文(2019)「近隣住民に受け入れられない措置入院者が地域で暮らせるようにするための保健所保健師の介入」『保健師ジャーナル』75(2), 170-175.
- 川乗賀也(2015)「和歌山市保健所における危機介入のあり方に関する考察－警察官通報件数の減少から－」『社会福祉学部紀要』(岩手県立大学)17, 21-24.
- 北島英治(2018)「第2章 欧米におけるスーパービジョンの理論的変遷」福山和女・渡部律子・小原眞知子ら編著『保健・医療・福祉専門職のためのスーパービジョ

ン』ミネルヴァ書房.

木太直人(2017)「精神障害者の地域包括ケアシステムにおける精神保健福祉士の役割」『精神保健福祉』48(2), 90-93.

北本佳子(2014)「第7章第2節コンサルテーション」日本精神保健福祉士養成校協会『新・精神保健福祉士養成講座4 精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I 第2版』中央法規, 333-345.

北本佳子・岩崎香(2010)「ソーシャルワークにおけるコンサルテーション研究の現状と方向性-コンサルティからコンサルタントへ-」『鴨台社会福祉学論集』19, 99-108.

北本佳子・岩崎香(2011)「福祉サービスの組織とコンサルテーション —経営コンサルタントへのインタビュー調査から—」『学苑』852, 64-77.

駒井博志(2012)「第4章第3節 精神障害者等を対象とした福祉施策・事業」日本精神保健福祉士養成校協会編『新・精神保健福祉士養成講座6 精神保健福祉に関する制度とサービス(第3版)』中央法規, 94-132.

久保善子(2012)「産業看護を支える基礎概念-ベナー看護 理論臨床機能習得の段階に関する理論」産業看護, 4(4), 2-7.

厚生労働省(2002)『社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」』(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/04/dl/s0411-7g.pdf>, 2021.10.22).

厚生労働省(2004)「精神保健医療福祉の改革ビジョン」.

厚生労働省(2006)『別紙 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領』「平成18年3月31日障発第0331005号 保健所及び市町村における精神保健福祉業務について(通知)」.

厚生労働省(2006)『障害保健福祉関係主管課長会議資料(平成18年6月26日開催)』

(<https://www.wam.go.jp/wamappl/bbl15GS60.nsf/vAdmPBigcategory50/6F2EDA2437ADBE374925719A000BE847?OpenDocument>, 2021.10.22).

厚生労働省(2008a)「e-ヘルスネット[情報提供] 精神保健福祉センターと保健所」(<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/heart/k-08-003.html>, 2021.10.22).

厚生労働省(2008b)『障害者自立支援法施行後3年の見直しについて(社会保障審議会障害者部会報告書)』.

厚生労働省(2008c)『08/11/13 第14回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会議事録』(https://www.mhlw.go.jp/content/2008_11_txt_sl113-4.txt, 2021.10.22).

厚生労働省(2009)『今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」』(<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>, 2021.10.22).

厚生労働省(2012)『地域保健対策検討会報告書:今後の地域保健対策のあり方について』(<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000027ec0.html>, 2021.10.23).

厚生労働省(2013a)『第4回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会資料(資料1)良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針案(叩き台)』(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000023424.html>, 2021.10.22)

厚生労働省(2013b)『2013年9月30日第5回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会議事録』(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000031276.html>, 2021.10.22).

厚生労働省(2013c)『2013年10月17日第6回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会議事録』(<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000032421.html>, 2021.10.22).

厚生労働省(2013d)『障害保健福祉関係主管課長会議資料』(https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougai Shahukushi/kaigi_shiryoudl/20130226_01_05.pdf, 2021.10.22).

厚生労働省(2014a)『別紙 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領』平成26年1月24日障発0124第4号 保健所及び市町村における精神保健福祉業務について(通知).

厚生労働省(2014b)『良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針』平成26年3月7日厚生労働省告示第六十五号) (https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00008830&dataType=0&pageNo=1, 2021.10.22).

厚生労働省(2016a)『これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会(第3

回)議事録』 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000141320.html> , 2021.10.22).

厚生労働省(2016b)『保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ』 (<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000119166.html>, 2021.10.22)

厚生労働省(2017a)『これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書』 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029.html>, 2021.10.22).

厚生労働省(2017b)『障害保健福祉関係主管課長会議資料(平成29年3月8日)』 (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000154552.html>, 2021.10.21).

厚生労働省(2018a)『地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン』 (<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/link.html>, 2021.10.22).

厚生労働省(2018b)『標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】』 (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>, 2021.10.22).

厚生労働省(2019)『地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会(地域共生社会推進検討会)最終とりまとめ』 (https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000213332_00020.html, 2021.10.21).

厚生労働省(2020)『第1回精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会(資料2)精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について』 (https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhoukatukentoukai_00001.html, 2021.10.21).

厚生労働省(2021)『「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書』 (https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029_00003.html, 2021.10.21).

厚生労働省(2021)「保健所管轄区域案内」 (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/hokenjo/, 2021.10.21).

厚生労働省精神保健福祉対策本部(2004)『精神保健医療福祉の改革ビジョン』 (<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/d1/tp0902-1a.pdf>, 2021.10.22).

厚生省(1966)「保健所における精神衛生業務について(通知)別紙 保健所における精神衛生業務運営要領」衛発第76.

厚生省(1994)「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」厚生省告示第374号.

- 厚生省(1996)『別紙 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領』
「平成 8 年 1 月 19 日健医発第 58 号 保健所及び市町村における精神保健福祉業務について(通知)」.
- 公衆衛生審議会(1999)「今後の精神保健福祉施策について(意見)」
(https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1101/h0114-2_9.html, 2021.10.22).
- 公衆衛生審議会精神保健福祉部会(1998)「精神保健福祉法に関する専門委員会報告書」(https://www.mhlw.go.jp/www1/shingi/s9809/s0907-2_9.html, 2021.10.22).
- 空閑浩人(2009)「ソーシャルワークの基本スキルの向上と現任研修-OJT の視点から」『ソーシャルワーク研究』35(1), 21-27. 相川書房.
- 桑原寛(2015)「第 1 章保健所における精神保健及び精神障害者支援における実態調査研究報告」平成 26 年度障害者総合福祉推進事業 保健所及び市町村における精神障害者支援に関する全国調査報告書, 5-34.
- Le, L. T., Anthony, B. J. Bronheim, S M. et al. (2016) Technical Assistance Model for Guiding Service and Systems Change, The Journal of Behavioral Health Services & Research, 43(3), 380-395.
- 松本すみ子(2017)「全世代・全対象型地域包括支援と精神保健福祉士」『精神保健福祉』48(2), 82-89.
- 松尾睦(2017)「第 10 章 OJT とマネジャーによる育成行動」中原淳編『人材開発研究大全』東京大学出版会, 243-258.
- 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社(2017)「地域包括ケアシステム構築における広域的な支援のあり方: 都道府県はいかにして市町村を支援すべきか」平成 28 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業国が行う地域特性に応じた地域包括ケアシステムの構築支援に関する調査研究事業.
- 宮崎紀枝(2008)『障害者自立支援法施行後の地域精神保健福祉活動の現状と保健師の役割調査研究報告書』平成 19 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業.
- 水本篤(2012)「質問紙調査における相関係数の解釈について」外国語教育メディア学会 (LET) 関西支部 メソドロロジー研究部会 2011 年度報告論集, 63-73.
- 目良宣子・山本智津子(2018)「市町村における精神保健福祉活動の現状と課題-相談を受けるうえでの保健師の悩み-」『第 48 回(平成 29 年度)日本看護学会論文集』

精神看護, 47-50.

Mote, P. S., and Hess, P. M. (2006) Collaborating with Community-Based Organizations Through Consultation and Technical Assistance, Columbia University Press.

長澤ゆかり・山口忍・綾部明江・ほか(2016)「市町村における精神障がい者支援活動—8 地方別活動状況—」『厚生指標』63(12), 1-6.

長澤ゆかり・山口忍・綾部明江・ほか(2017)「市町村保健師の精神障がい者支援に関する意識と精神保健福祉活動状況との関連」『日本公衆衛生看護学会誌』6(2), 159-167.

中恵美(2017)「保健師とソーシャルワーカーは職業的 DNA が似ている!」『地域保健』, 36-39.

中土康代・北山三津子(2013)「県保健師による市町村保健福祉活動支援方法の開発(第1報)」『岐阜県立看護大学紀要』13(1), 17-28.

日本能率協会総合研究所(2020)『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(2019年度版)』

(<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/ref.html#sec02>, 2021.10.2).

日本精神保健福祉士協会編(2003)「[第3版]これからの精神保健福祉 精神保健福祉ガイドブック」へるす出版.

日本精神保健福祉士協会「精神保健福祉士業務指針」作成委員会編(2020)「精神保健福祉士業務指針(第3版)」中央法規.

日本精神保健福祉連盟(2012)「保健所及び市区町村における精神保健福祉業務に関する調査」『地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成』7-58.

日本ソーシャルワーク学会編(2013)『ソーシャルワーク基本用語辞典』川島書店, 77.

新村順子・宮崎美砂子・石丸美奈(2016)「精神障害者の個別支援における保健師が感じる困難とその対処—精神保健福祉業務の経験年数による比較—」『日本地域看護学会誌』19(1), 55-62.

西尾隆(2016)「5 中央政府と地方政府」西尾隆『現代の行政と公共政策』放送大学教育振興会, 79-95.

- 野口正行(2019)「2章研究分担報告書 自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究」平成29年度厚生労働行政推進調査事業障害者政策総合研究事業(精神障害分野)精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究, 7-105.
- 野村豊子(2015)「第3章スーパーバイザー・スーパーバイザーの関係性」日本社会福祉教育学校連盟編『ソーシャルワーク・スーパービジョン論』中央法規出版, 119-156.
- 小川克子・安藤陽子・河原田まり子(2018)「行政保健師の地域診断の実践状況とその関連要因」『日本公衆衛生看護学会誌』7(1), 32-41.
- 小川智子・中谷久恵(2012)「行政保健師の職務への自信とその影響要因」『日本公衆衛生雑誌』59(7), 457-465.
- 岡田隆志(2017)「都道府県の精神保健福祉相談員が市町村に行う技術支援の構造とその特性」『日本公衆衛生雑誌』64(10), 607-618.
- 岡田隆志(2020)「都道府県の保健所における精神保健福祉業務の専従職員配置に関する調査」『日本公衆衛生雑誌』67(9), 609-619.
- 岡田隆志(2021)「精神保健医療福祉施策の変遷による市町村と保健所の役割の変化:自治体による重層的な支援体制の構築に向けて」『福井県立大学論集』55, 115-140.
- 大島巖(2015)「第7章第1節 コンサルテーションの定義と方法—その特徴・意義・可能性」日本社会福祉教育学校連盟編『ソーシャルワーク・スーパービジョン論』中央法規出版, 279-294.
- 大島巖(2016)『マクロ実践ソーシャルワークの新パラダイム エビデンスに基づく支援環境開発アプローチ～精神保健福祉への適用例から～』有斐閣.
- 太田順一郎・岡崎伸郎編(2014)『メンタルヘルスライブラリー33 精神保健福祉法改正』批評者.
- 大谷京子(2012)『ソーシャルワーク関係—ソーシャルワーカーと精神障害当事者』相川書房.
- 大谷京子(2016)「ソーシャルワークアセスメントスキル評価指標の開発—精神保健福祉士を調査協力者とする質問紙調査より—」『ソーシャルワーク学会誌』(32), 1-12.
- ReMHRAD(2021)『地域精神保健医療福祉資源分析データベース (ReMHRAD)』

- (<https://remhrad.jp/>, 2021.10.22).
- Rushovich, B. R., Bartley, L. H. and Steward, R. K. et al (2015) Technical Assistance: A Comparison Between Providers and Recipients, Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance, 39, 362-379.
- 西塔晃奈・山本琴美・稲垣美沙樹・ほか「山形県村山保健所におけるひきこもり支援の取組み」『やまがた精神保健福祉』60, 39-41.
- 参議院(2017)「第193回国会参議院厚生労働委員会による精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案に対する附帯決議（平成29年5月16日）」(https://www.sangiin.go.jp/japanese/gianjoho/ketsugi/193/futai_ind.html, 2021.10.21).
- 精神保健福祉研究会監修(2016)『四訂精神保健福祉法詳解』中央法規.
- 精神障害者の福祉施策研究会(1995)「精神障害者の福祉施策研究会報告書（中間まとめ）」.
- 支援基礎論研究会(2000)『支援学』東方出版.
- 新村出編(2018)『広辞苑第7版』岩波書店.
- 椎名明大(2019)「措置入院者の地域包括支援のあり方に関する研究」『厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者対策総合研究事業』289-489.
- 総務省統計局(2020)『政府統計の総合窓口(e-Stat)市区町村数を調べる』(<https://www.e-stat.go.jp/municipalities/number-of-municipalities>, 2021.10.22).
- 助川征雄(2006)「第2部地域生活支援 第3章 保健所」精神障害者社会復帰促進センター・全国精神障害者家族会連合会・精神保健医療福祉白書編集委員会編『精神保健医療福祉白書 2006年度版』中央法規.
- 鈴木孝典(2021)「第7章第1節 精神保健福祉分野におけるソーシャルアドミニストレーションの概念とその意義」日本ソーシャルワーク教育学校連盟『最新精神保健福祉士養成講座6 ソーシャルワークの理論と方法：精神専門』中央法規.
- 高岡道雄・南龍一ら(2003)「精神保健福祉法改正に伴う保健所の対応—県型保健所に対するアンケート調査—」『日本公衛誌 第7号』50, 650-656.
- 高山直樹(2015)「第7章第2節 社会福祉分野におけるコンサルテーションの実際」日本社会福祉教育学校連盟編『ソーシャルワーク・スーパービジョン論』中央法規出版, 295-310.

- 田中英樹(1996)『精神保健福祉法時代のコミュニティワーク』相川書房.
- 田中英樹(2001a)『市町村精神保健福祉業務のすすめ方』萌文社.
- 田中英樹(2001b)『精神障害者の地域生活支援—統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク』中央法規.
- 田中英樹(2012)「書評 大谷京子著 ソーシャルワーク関係 : ソーシャルワーカーと精神障害当事者」『社会福祉学』53(3), 253-255.
- 田尾雅夫(2015)『公共マネジメント—組織論で読み解く地方公務員』有斐閣.
- 豊田秀樹(1998)「共分散構造分析[入門編]—構造方程式モデリング—」朝倉書店.
- 豊田秀樹(2003)「共分散構造分析[技術編]—構造方程式モデリング—」朝倉書店.
- 土屋健弘(2015)「コンサルテーション」成清美治・加納光子他編『第12版 現在社会福祉用語の基礎知識』学文社, 126.
- 塚本哲司(2019)『精神科救急及び急性期医療における自治体及び医療機関の連携等の地域体制のあり方に関する研究』平成30年度厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野)精神科救急及び急性期医療の質向上に関する政策研究, 142-168.
- 辻直子・都筑千景(2011)「精神障害者の退院促進支援における精神保健福祉相談員の役割のあり方についての検討」『大阪市立大学看護学雑誌』7, 23-33.
- 角田正史・上野文彌・竹島正・ほか(2004)「精神保健福祉法改正に伴う市町村における精神保健福祉業務の移譲の状況」『日本公衆衛生雑誌』, 51(1), 20-29.
- 内山博之(2014)「ソーシャルワークと保健師活動との関係に関する一考察」『日本社会事業大学研究紀要』60, 191-203
- 植田寿之(2000)「第3章 スーパービジョンの方法と課題」奈良県社会福祉協議会編『ワーカーを育てるスーパービジョン よい援助関係をめざすワーカートレーニング』中央法規, 28-39.
- 植田寿之(2007)「スーパービジョンとコンサルテーション」岡本民夫他編『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規, 650-653.
- 宇田英典(2018)「地域保健法と保健所:これまでとこれから (特集 地域保健法 20年)」『公衆衛生』82, 210-215.
- 浦上昌則・脇田貴文(2008)『心理学・社会科学研究のための調査系論文の読み方』東京図書.

- 山本和郎(2000)『危機介入とコンサルテーション』ミネルヴァ書房.
- 山本嘉一郎・小野寺孝義 (2002)「Amosによる共分散構造分析と解析事例(第2版)」ナカニシヤ出版.
- 山本賢 (2015)「第2章 市町村における精神保健及び精神障害者支援における実態調査研究報告」平成26年度障害者総合福祉推進事業 保健所及び市町村における精神障害者支援に関する全国調査報告書, 37-65.
- 山内朱美・伏谷昇造・藤田大介ら(2011)「介護福祉領域における職能団体についての意識——山口県美祢市介護福祉士へのアンケート調査から——」『第4回 山口県介護福祉士会 介護研究セミナー 研究発表会』.
- 山内千恵美・兼城佳弘・岡田隆志ら(2019)「埼玉県における措置入院—10年間の推移」『日本精神科救急学会誌』22, 74-82.
- 安武繁・三浦公嗣・名越雅彦ら(2005)「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』5(1), 7-20.
- 米本秀仁(2007)「コンサルテーションの意義と実際」北島英治・白澤政和・米本秀仁編『社会福祉援助技術論(上)』ミネルヴァ書房.
- 吉池毅志・栄セツコ(2009)「精神科ソーシャルワーカーの精神保健福祉実践活動 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して」『桃山学院大学総合研究所紀要』34(3), 109-122.
- 吉岡京子・黒田真理子・蔭山正子(2017)「精神障害者の近隣苦情・相談の実態とその対応において保健師が感じる困難」『日本地域看護学会誌』20(1), 69-78.
- 和歌山県(2021)「職種紹介(精神保健福祉相談員)」(<https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/210100/shokushushoukai/seishinhokenfukushi.html>, 2021.10.21)
- Woods, N. K., Watson-Thompson J. and Schober, D. J. et al.(2014) An Empirical Case Study of the Effects of Training and Technical Assistance on Community Coalition Functioning and Sustainability, HEALTH PROMOTION PRACTICE , 740-749.
- 全国保健所長会(2009)『平成20年度地域保健対策の推進に関する基本的な指針の見直しに関する提言』(<http://www.phcd.jp/02/sengen/>, 2021.10.22).

全国保健所長会(2020)『保健所設置数・推移(厚生労働省健康局がん対策・健康増進課地域保健室調べ)』(<http://www.phcd.jp/03/HCsuii/index.html>, 2021.10.22).

全国保健師長会大分県支部(2020)「県型保健所と市町村保健師の協働に関する研究」2019年度全国保健師長会調査研究事業, 全国保健師長会.

全国精神保健福祉センター長会・全国精神保健福祉相談員会(2004)『2003(平成16)年全国精神保健福祉専任従事者調査報告書』.

全国精神保健相談員会編(1995)『地域精神保健実務実践シリーズ第3巻 精神保健相談』萌文社.

全国精神保健福祉相談員会編(2006)『精神保健福祉相談ハンドブック』中央法規.

全国精神障害者社会復帰施設協会編(2002)『精神障害者生活支援の体系と方法』中央法規.

卷末資料

初出論文

1. 岡田隆志（2017）「都道府県の精神保健福祉相談員が市町村に行う技術支援の特性—ソーシャルワーク・コンサルテーションを枠組みとした分析から—」ルーテル学院大学大学院総合人間科学研究科 2016 年度修士論文.
2. 岡田隆志（2017）「都道府県の精神保健福祉相談員が市町村に行う技術支援の構造とその特性」『日本公衆衛生雑誌』64(10), 607-618.
3. 岡田隆志（2020）「都道府県の保健所における精神保健福祉業務の専従職員配置に関する調査」『日本公衆衛生雑誌』67(9), 609-619.
4. 岡田隆志(2021)「精神保健医療福祉施策の変遷による市町村と保健所の役割の変化：自治体による重層的な支援体制の構築に向けて」『福井県立大学論集』55, 115-140.

県型保健所の専門職配置状況に関する調査 関係書類

年 月 日

厚生労働科学研究費補助金

「精神科救急及び急性期医療の質的向上に関する政策研究」

研究代表者 杉山 直也様

申請者 ルーテル学院大学大学院 総合人間学研究科
社会福祉学専攻 博士後期課程 2年
岡田 隆志

個票入力データの利用申請について（依頼）

〇〇の候、ますますのご健勝のこととお慶び申し上げます。

私は、現在、博士論文「精神保健福祉相談員が地域に行く技術支援における実践モデルの開発」というテーマで研究を続けております。その研究の一環として、全国保健所における精神保健福祉業務の従事状況を把握できればと考えております。

つきましては、博士論文の基礎資料等とするため、貴研究チームが行いました下記調査にかかる個票入力データを利用させていただきたく申請いたします。

記

1. 調査名 精神科救急及び急性期医療における自治体及び医療機関の連携等の地域体制のあり方に関する研究 保健所・精神科救急情報センター調査
2. 利用目的 全国保健所の精神保健福祉業務従事状況に関する二次分析
3. 研究経費 私費
4. 利用期限 2019年8月1日～2021年7月31日
5. 受取方法 個票入力データを実施責任者のメールアドレスあて送付により受け取る

【実施責任者】

(所 属) ルーテル学院大学大学院 総合人間学
研究科社会福祉学専攻博士後期課 2年

(住 所)

(氏 名) 岡田 隆志 印

(連絡先) TEL e-mail

【指導教員】

(所 属) ルーテル学院大学 (職 名) 教授

(氏 名) 福島 喜代子 印

誓約書

- 1 提供された個票入力データは、学術目的での二次分析にのみ利用します。
個別データの秘密保護を図り、個々の調査対象を特定する分析は行いません。
提供された個票データは、本利用申請書に署名した者だけが利用し、第三者には再提供しません。
- 2 調査に関する照会は、一切行いません。
- 3 二次分析の結果を発表する際には、個票データについて以下の文を付すことにより、個票データの出典を明記します。
「二次分析に当たり、「精神科救急及び急性期医療の質的向上に関する政策研究」
研究代表者からの個票入力データの提供を受けました」
- 4 個票データ利用期限までに利用申請書の内容について異動が生じた場合は、速やかにその旨を届け出ます。
- 5 利用期限終了後は、速やかに個票を廃棄して、利用報告書を提出します。その際、論文等
を発表していれば、必要部数を同封します。
- 6 その他、研究代表者の指示に従います。
- 7 提供された個票入力データ等の利用により何らかの不利益を被ったとしても、責任は一切
 問いません。

利用に当たり、上記誓約事項を厳守します。

【実施責任者】

(所 属) ルーテル学院大学大学院 総合人間学
研究科社会福祉学専攻 博士後期課程 2 年
(氏 名) 岡田 隆志 印

【指導教員】

(所 属) ルーテル学院大学 (職 名) 教授
(氏 名) 福島 喜代子

二次分析計画書

1. 研究課題名	全国保健所の精神保健福祉業務従事状況に関する二次分析
2. 二次分析の内容	<p>保健所ごとの職員数は国の統計で把握できるが、精神保健福祉業務従事に特定した職員状況はこれまで明らかにされていない。全国都道府県ごとの精神保健福祉業務従事者の偏在は、地域で生活する精神障害者のウェルビーイングや、都道府県及び市町村における包括的なケアの質の向上にも影響する。そこで、今回、二次分析を行うことにより、都道府県ごとの精神保健福祉業務従事者の特徴を明らかにする。</p> <p>入手した個票データの分析方法は①単純集計し、②各都道府県・政令指定都市・中核市等と従事者の職種との関係の特徴づけるためにコレスポネンス分析を行う。そして、③都道府県単位で精神保健福祉相談員の任命状況のばらつきを把握するため、都道府県ごとの精神保健福祉相談員任命の有無についてクロス集計等を行う。なお、公表には機関名が特定されないように秘匿処理を適切に行う。</p>
3. 利用予定の調査項目	<p>分担研究「精神科救急及び急性期医療における自治体及び医療機関の連携等の地域体制のあり方に関する研究」に係る調査の一部</p> <p>「 I 地域精神保健福祉業務に携わっている職員の配置状況等」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健所管内市町村数及び管内人口 ・精神保健福祉業務の担当職員数（採用職種別及び常勤・非常勤別） ・精神保健福祉相談員の任命数（採用職種別及び常勤・非常勤別） ・平成 29 年度以降の精神保健福祉士の増員の有無 （増員の場合は雇用形態と人数）
4. 本研究成果の公表予定	<p>本研究は、ルーテル学院大学大学院（社会福祉学専攻）博士後期課程において、博士論文の一部として公表する。また、関係学会（日本公衆衛生学会等）での発表を予定する</p>

年 月 日

厚生労働科学研究費補助金

「精神科救急及び急性期医療の質的向上に関する政策研究」

研究代表者 杉山 直也様

申請者 ルーテル学院大学大学院 総合人間学研究科
社会福祉学専攻 博士後期課程 岡田 隆志

個票データ利用報告について

貴研究チームから提供を受けた個票データについて、下記の通り利用しましたので、報告します。

記

データ提供日 年 月 日（提出はデータ提供日から 2 年以内）

利用した個票データ

分担研究「精神科救急及び急性期医療における自治体及び医療機関の連携等の地域体制のあり方に関する研究」に係る調査の一部

「 I 地域精神保健福祉業務に携わっている職員の配置状況等」

1. 上記データの扱いについて

ア 個票データを消去した。 イ 個票データの利用を延長申請する。

2. 上記データを利用した結果について

ア 論文等を発表したの、同封した。

イ 論文等を発表予定である。

ウ 論文等の発表はなかった。

・論文等タイトル／発表媒体名／発行（予定）日／著者名

【実施責任者】

（所 属）ルーテル学院大学大学院 総合人間学
研究科社会福祉学専攻博士後期課程 2 年

（氏 名）岡田 隆志 印

（連絡先）TEL e-mail

【指導教員】

（所 属）ルーテル学院大学（職 名）教授

（氏 名） 福島 喜代子

精神保健福祉士を対象にしたインタビュー調査 関係書類

全国精神保健福祉相談員会
会員 ○○ ○○ 様

研究協力のお願ひ（説明書）

○○の候、ますますのご健勝のこととお慶び申し上げます。

先日は、突然のご連絡にも関わらず、貴重なお時間を割いていただきましたこととお礼申し上げます。

あらためまして、私は、ルーテル学院大学大学院 総合人間学研究科博士前期課程社会福祉学専攻に在籍しております岡田隆志と申します。現在、修士論文を「都道府県の精神保健福祉相談員が行う市町村への技術支援～精神保健福祉士のコンサルテーションに必要な視点と機能～」というテーマでまとめるため、研究をしています。

ご承知のとおり、精神衛生法改正以降 40 年近くにわたり、都道府県の保健所や精神保健福祉センターが精神保健および精神障害者支援を担ってきましたが、地方分権政策等による法改正の影響を受けて、近年では都道府県から市町村へと支援主体が移行してきています。精神障害者に必要なサービス不足など市町村格差が懸念されるなか、都道府県による市町村への支援の必要性はより高まっているところと存じます。

その支援方法としては、研修等での情報提供や知識普及のほかに、対人サービスの特徴である相談援助等への技術支援、技術指導等とされています。その役割は精神保健福祉士を主とする精神保健福祉相談員が担っており、その専門性を活かした支援が提供されています。しかし、技術支援そのものは法律や要領等において、役割や機能の位置付けがあいまいであるため、個々の判断や力量に任される部分が大きく、ノウハウの継承が難しいとされています。

このように、精神保健福祉相談員が行う市町村への技術支援には専門的な働きが求められるため、これまでの積み重ねられてきた現場の実践内容をわかりやすく提示していくことは、専門性の継承という意味で重要なことであると考えます。

そこで本研究は、精神保健福祉相談員として豊富な経験を有する精神保健福祉士が行ってきた、技術支援の具体的な内容や方法を体系的にまとめることによって、今後の市町村への技術支援に必要な、都道府県の精神保健福祉相談員固有の視点や機能を明らかにすることを目的とします。

これにより、地域精神保健福祉活動の推進を担う精神保健福祉相談員の人材養成の一助となればと考えております。

つきましては、全国精神保健福祉相談員会に入会し、日々の業務以外にも自己研鑽に励まれている○○ ○○様に、ぜひともインタビュー調査へのご協力をお願いいたします。

なお、本研究における調査の協力者募集については、全国精神保健福祉相談員会 金田一正史会長に説明の上、ご了解いただいた上で実施させていただいています。

別添の説明書等をご覧になった上で、インタビュー調査にご協力いただける方は、別紙「回答書」にご記入の上、同封いたしました返信用封筒にて○月○日（ ）までに、投函していただければ幸いです。

平成 年 月 日

ルーテル学院大学大学院 博士前期課程 2 年 岡田 隆志

（1）インタビューの対象としてお願いさせていただきたい方

恐れ入りますが、研究の性質上、次の 3 つの条件全てに当てはまる方をお願いしたいと考えておりま

す。すでに事前のご連絡により、確認をさせていただいたところではございますが、万が一、該当されない場合は、その旨を返信時にお報せいただけましたらありがたいと思います。

- ① 精神保健福祉士として、現在常勤で働いている
- ② 都道府県での勤務経験が10年以上である
- ③ 直近5年以内に、保健所又は精神保健福祉センター職員として市町村への技術支援を実践した経験がある

(2) インタビューの方法

- ・インタビューの時期は、平成28年5月1日から7月31日までの間の1日を予定しております。
- ・インタビューの会場は調査協力者の方のご都合の良い会議室や面接室など、個人情報の保護環境を配慮して行います。
- ・所要時間は60分から90分を予定しております。
- ・記録の方法として、調査協力者の方の同意が得られましたら、正確を期すためにICレコーダーによる記録、録音をさせていただきます。また、調査者の筆記記録をさせていただきます。

(3) インタビューの内容（詳細は別添のインタビューガイドにあります）

- ・直近の5年間で、あなたにとって「うまくいった」と印象に残っている技術支援の中で「個別相談事例」での場面と、「精神保健福祉に関連するプログラム・事業運営や計画策定」での場面での具体的なやりとりとその結果
- ・ 道府県の精神保健福祉相談員として市町村への技術支援を行っていく上での課題や工夫

(4) 個人情報の保護及び倫理的配慮

- ・インタビューへの参加は任意です。インタビューへの参加に同意しないことにより、不利益な対応を受けることはありません。
- ・同意書も含め、収集したデータは厳重に保管し、また、個人名や所属機関は匿名として取り扱い、特定されないように配慮いたします。また、研究終了後には収集したデータは調査者が責任をもって廃棄いたします。
- ・本研究は、個別の相談事例の個人情報を取り扱うものではありません。
- ・インタビューで得られた情報は研究目的以外には一切使用せず、口外もいたしません。
- ・インタビューの途中で負担や苦痛を感じた場合など、その理由の如何にかかわらずインタビューを中断、終了することができます。その結果、不利益を生じることはありません。遠慮なくお申し出ください。

(5) 研究成果の発表について

- ・インタビューの結果は修士論文にまとめます。また、関連学会等で発表を行う予定です。

(6) 交通費について

・インタビューに答えてくださった方には、会場までお越しいただいた交通費をお支払いいたします。
なお、当該調査はルーテル学院大学研究倫理委員会に基づく審査の結果、承認されたものであることを申し添えます。（申請番号 15-48）

本研究に関するご意見、ご質問などありましたら、下記研究担当者までご連絡いただきたく存じます。

【調査研究者】ルーテル学院大学大学院 総合人間学研究科社会福祉学専攻博士前期課程 2年 岡田隆志

【連絡先】〒181-0015 東京都三鷹市大沢3-10-20

電話：0422-31-4611（代表） e-mail：takakiyo.0422@gmail.com

【指導教員】ルーテル学院大学 教授 福島 喜代子 【連絡先】 同上

回 答 書

私は、「研究協力のお願い（説明書）」を読み、研究実施計画の目的や方法、内容等に承諾した上で、インタビューの調査の協力をいたします。

(日 時)

_____年 _____月 _____日

(お名前)

(ご連絡先)

電 話 : _____

E-mail : _____

(インタビュー協力が可能な期間・時間帯・場所等)

(記入例：時期は28年5月中の土日で会場は〇〇市内にある喫茶店などにしてほしい。)

(インタビュー調査に関するご質問)

(何かございましたらご記入ください。電話やメールでお問い合わせしていただいても問題ありません。)

同意書

ルーテル学院大学大学院

総合人間学研究科社会福祉学専攻 岡田 隆志 様

私は、「都道府県の精神保健福祉相談員が行う市町村への技術支援～精神保健福祉士のコンサルテーションに必要な視点と機能～」の研究の実施について、説明者 岡田 隆志 より
____年 ____月 ____日、(場所) _____ において説明書を用いて説明を受け、
研究実施計画の目的、意義、方法、個人情報保護の方法、安全管理での配慮などについて十分理解しましたので、計画に参加、求められた私個人に係る情報、データ等を提供することに同意いたします。

説明を受けて理解した項目（□の中にご自分でレ印をつけてください。）

1 研究計画の概要に関する事項

- 研究の目的、意義
- 提供する情報、データ等

2 個人情報保護の方法に関する事項

- 個人情報の収集が、研究目的、研究計画に照らして必要であること
- 提供を受けたデータ等処理の匿名化の方法又は匿名化できない理由
- データの保管・管理について適切になされること

3 倫理的配慮に関する事項

- 実施計画への参加は任意であること
- 実施計画への参加に同意しないことにより不利益な対応を受けないこと
- 実施計画への参加に同意した後でも、いつでも文書により同意を撤回することができること
- 本人から請求があれば、該当データを開示すること
- 同意を撤回しても、そのことにより何ら不利益を蒙らないこと
- 同意を撤回した場合、提供されたデータ等は廃棄されること
- 収集したデータ等は、本人の同意を得ることなく他者に渡さないこと
- 研究成果の発表の方法について、学会発表、論文発表の予定

4 その他

- 研究への協力に対してインタビューにかかった交通費を負担すること

年 月 日

氏 名 (自署)

連絡先

調査にご協力いただく方へのインタビューガイド

ルーテル学院大学大学院 岡田 隆志

このたびは、お忙しいところインタビューにご協力いただきありがとうございます。インタビューの方法と内容を次のとおりまとめましたので、ご一読ください。わからない点などがありましたら、気兼ねなくお問い合わせください。

【インタビューの方法等】

私、岡田によりインタビューをさせていただきます。

所要時間は60～90分程度です。

内容は、許可が得られましたら、録音させていただきます。

なお、内容については個人が特定されないように逐語録作成時に配慮いたしますので、ご安心ください。

【インタビューの内容】

- ご自身のことをお教えてください。

お名前／都道府県職員としての勤務年数／これまでの異動歴

- 市町村に対する技術支援に関する実践経験についてお尋ねします。

あなたが保健所又は精神保健福祉センターの職員としてご経験された技術支援の中で、あなたにとって「うまくいった」と印象に残っている

・「個別相談事例」での場面と

・「精神保健福祉に関連するプログラム・事業運営や計画策定」での場面の

2種類について、その経過と結果を教えてください。（直近の5年以内）

対象事例・事業等の概要／技術支援を行うきっかけと目的／

市町村職員との具体的なやりとり／技術支援提供後の効果や変化

※ここでいう「うまくいった」とは、例えば、次のようなことを想定しています。

個別相談に応じる市町村職員の抱える困難さや負担が軽減し処遇の改善が図られた市町村主催の会議や事業の企画・運営が円滑となった
市町村の組織内で事業効果が認められ次年度の継続（又は拡大）が決定した
地域の課題を適切に反映した市町村計画が策定された

- 都道府県の精神保健福祉相談員として市町村への技術支援を行っていくうえでの課題や工夫されていることについてお教えてください。

保健師を対象にしたインタビュー調査 関係書類

保健師 ○○ ○○ 様

研究協力のお願（説明書）

○○の候、ますますのご健勝のこととお慶び申し上げます。

先日は、突然のご連絡にも関わらず、貴重なお時間を割いていただきましたこととお礼申し上げます。

あらためまして、私はルーテル学院大学大学院 総合人間学研究科社会福祉学専攻に在籍しております岡田隆志と申します。現在、博士論文を「精神保健福祉領域における都道府県から市町村への技術支援に関する研究」というテーマでまとめるため、研究をしています。

ご承知のとおり、精神保健および精神障害者支援については、これまで都道府県が担っていましたが、近年では都道府県から市町村へと支援主体が移行しています。精神障害者に必要なサービス等の市町村格差が懸念されるなか、都道府県による市町村支援の必要性はより高まっていると思います。

都道府県による市町村支援の方法の一つに相談援助等への技術支援があり、都道府県の保健所は市町村をベースとした地域精神保健福祉活動の向上のために助言や指導を行っています。しかし、技術支援は実証的な研究がほとんどなされておらず、その方法は職員個々の判断や力量に任せられる部分が大いため、ノウハウの継承が難しいことが課題と考えられます。

私は修士課程に在籍時、都道府県職員である精神保健福祉士を対象に調査を行い、技術支援の構造と特性についてまとめました。今後、その研究で得た知見をもとに指標を策定し、全国の保健所を対象とした質問紙調査を行って、技術支援の実践理論づくりを行いたいと考えています。

そこで、本研究では今後実施予定の全国調査において使用する技術支援についての項目群（指標案）が精神保健福祉士のみならず、他の職種も含めた保健所による技術支援の実態に即した項目となるために保健師の皆さまにインタビューをさせていただきたくことにいたしました。

私としては本研究を通じて、地域精神保健福祉活動の推進を担う自治体精神保健福祉従事者の人材養成に少しでも貢献できればと考えております。

つきましては、全国保健師長会等に在籍し、日々の業務以外にも自己研鑽に励まれている谷戸典子様、ぜひともインタビュー調査へのご協力をお願いいたします。

年 月 日

ルーテル学院大学大学院 博士後期課程 3年 岡田 隆志

(1) インタビューの方法

- ・ インタビューの時期は、2020年3月上旬から4月30日までの間の1日を予定しております。
- ・ インタビューの会場は調査協力者の方のご都合の良い会議室や面接室など、個人情報の保護環境を配慮して行います。
- ・ 所要時間は60分から90分を予定しております。
- ・ 記録の方法として、調査協力者の方の同意が得られましたら、正確を期すためにICレコーダーによる記録、録音をさせていただきます。また、調査者の筆記記録をさせていただきます。

(2) インタビューの内容

- ・ 全国調査をする際、技術支援の指標案は保健師の理解が得やすい内容でしょうか。
- ・ (都道府県職員の方にお尋ねします) 指標案を見て、保健師が技術支援を行う際に追加・修正等が必要と思われる項目はありますか。
- ・ (市町村職員の方にお尋ねします) 市町村は都道府県の保健所からのどのような技術支援を期待していますか。指標案を見て追加・修正等が必要と思われる項目はありますか。

(3) 個人情報の保護及び倫理的配慮

- ・ インタビューへの参加は任意です。インタビューへの参加に同意しないことにより、不利益な対応を受けることはありません。
- ・ 同意書も含め、収集したデータは鍵のかかる保管庫で厳重に管理し、また、個人名や所属機関は匿名として取り扱い、特定されないように配慮いたします。また、研究終了後には収集したデータは調査者が責任をもって廃棄いたします。
- ・ 本研究は、個別の相談事例の個人情報を取り扱うものではありません。
- ・ インタビューで得られた情報は研究目的以外には一切使用せず、口外もいたしません。
- ・ インタビューの途中で負担や苦痛を感じた場合など、その理由の如何にかかわらずインタビューを中断、終了することができます。その結果、不利益を生じることはありません。遠慮なくお申し出ください。
- ・ インタビューで得られた情報は、お申し出いただければ該当する内容を開示いたします。

(4) 研究成果の発表について

- ・ インタビューの結果は博士論文や関係学会（日本公衆衛生学会等）での発表に活用させていただきます。

(5) 交通費について

- ・ インタビューが調査協力のために要した経費（資料印刷費・交通費）として、3,000円をお支払いいたします。

なお、当該調査はルーテル学院大学研究倫理委員会に基づく審査の結果、承認されたものであることを申し添えます。(申請番号 19-37)

本研究に関するご意見、ご質問などありましたら、下記研究担当者までご連絡いただきたく存じます。

【調査研究者】ルーテル学院大学大学院 総合人間学研究科社会福祉学専攻博士後期課程3年 岡田 隆志

【連絡先】e-mail: (メールをいただいたら速やかに連絡させていただきます)

【指導教員】ルーテル学院大学 教授 福島 喜代子

回 答 書

私は、「研究協力のお願い（説明書）」を読み、研究実施計画の目的や方法、内容等に承諾した上で、インタビューの調査の協力をいたします。

(記入年月日)

_____年 _____月 _____日

(お名前)

(ご連絡先)

電 話 : _____

E-mail : _____

(インタビュー協力が可能な期間・時間帯・場所等)

(記入例：時期は2020年4月中の土日で会場は〇〇市内にある勤務先の一室などにしてほしい。)

(インタビュー調査に関するご質問)

(何かございましたらご記入ください。電話やメールでお問い合わせしていただいても問題ありません。)

同意書

ルーテル学院大学大学院

総合人間学研究科社会福祉学専攻 岡田 隆志 様

私は、「精神保健福祉領域における都道府県から市町村への技術支援に関する研究」の研究の実施について、説明者 岡田 隆志 より ____年 ____月 ____日、(場所) _____において説明書を用いて説明を受け、研究実施計画の目的、意義、方法、個人情報保護の方法、安全管理での配慮などについて十分理解しましたので、計画に参加、求められた私個人に係る情報、データ等を提供することに同意いたします。

説明を受けて理解した項目 (□の中にご自分でレ印をつけてください。)

1 研究計画の概要に関する事項

- 研究の目的、意義
- 提供する情報、データ等

2 個人情報保護の方法に関する事項

- 個人情報の収集が、研究目的、研究計画に照らして必要であること
- 提供を受けたデータ等処理の匿名化の方法又は匿名化できない理由
- データの保管・管理について適切になされること

3 侵襲および安全管理に関する事項

- 予想される苦痛、負担等

4 インフォームド・コンセントに関する事項

- 実施計画への参加は任意であること
- 実施計画への参加に同意しないことにより不利益な対応を受けないこと
- 実施計画への参加に同意した後でも、いつでも文書により同意を撤回することができること
- 本人から請求があれば、該当データを開示すること
- 同意を撤回しても、そのことにより何ら不利益を蒙らないこと
- 同意を撤回した場合、提供されたデータ等は廃棄されること
- 収集したデータ等は、本人の同意を得ることなく他者に渡さないこと
- 研究成果の発表の方法について、学会発表、論文発表の予定
- 研究への協力に対してインタビューにかかった交通費を負担すること

年 月 日

氏名 (自署)

連絡先

全国の県型保健所を対象とした質問紙調査
依頼文・調査票

令和3年2月15日

各保健所長 様

福井県立大学看護福祉学部社会福祉学科
准教授 岡田 隆志
(ルーテル学院大学大学院博士後期課程)

「精神保健福祉領域における保健所から市町村への支援に関する調査」
における職員の回答への協力について（依頼）

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

突然の書面で失礼いたします。私は福井県立大学の教員で、岡田隆志と申します。この度、貴保健所における精神保健福祉業務の担当職員の皆様に調査のご協力をいただきたく書面をお送り致しました。私は、都道府県が設置する保健所（「都道府県型保健所」、以下同じ）が行う市町村への技術的支援の在り方について研究しております。

すでにご承知のとおり、国は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を理念に掲げて、市町村を中心とした支援体制づくりを進めています。しかし、市町村が取り組む地域精神保健福祉活動の実施状況には格差があり、都道府県型保健所による広域的・補完的な働きが一層求められているところです。

本調査は、都道府県型保健所に勤める専門職の皆様がこれまでに積みあげてきた市町村への支援の内容を伺い、全国の皆様からの情報をもとに市町村への支援の特徴を明らかにします。保健所から市町村への支援がより充実すれば、市町村の機能が高まり、精神障害者を含むすべての人が暮らしやすい地域づくりにつながると考えています。今後も、職員の皆様に業務をより効果的に行っていただくために、少しでも貢献ができればと考えています。

貴保健所におかれましては普段の業務に加え、新型コロナウイルス感染症にかかる業務で非常にお忙しくされているところと存じます。ご多忙のところ誠に恐縮ではございますが、担当職員の皆様に調査に協力していただけるようご配慮のほどお願い申し上げます。なお、この研究は日本学術振興会の科学研究費（課題番号 20K22148）を取得し、実施していることを申し添えます。

【調査責任者】

〒910-1195 福井県吉田郡永平寺町松岡兼定島 4-1-1
福井県立大学看護福祉学部 准教授 岡田 隆志
E-mail : okataka@fpu.ac.jp

各保健所
精神保健福祉業務担当者様

福井県立大学看護福祉学部社会福祉学科
准教授 岡田 隆志
(ルーテル学院大学大学院博士後期課程)

「精神保健福祉領域における保健所から市町村への支援に関する調査」 へのご協力のお願い

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

皆様ご承知のとおり、国は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を政策理念に掲げて、市町村を中心とした支援体制づくりを進めています。しかし、市町村が取り組む地域精神保健福祉活動の実施状況には格差があり、都道府県が設置する保健所（「都道府県型保健所」、以下同じ）による広域的・補完的な働きが一層求められているところです。

私は、今年度から大学に勤務していますが、昨年度までは都道府県型保健所等で精神保健福祉相談員として働いておりました。措置入院など緊急的な対応を行うなかで、社会復帰を阻害する要因にもつながる緊急対応を減らすためには、普段の市町村における精神保健及び精神障害者支援の充実こそが重要であると強く認識しました。

都道府県型保健所の役割については、地域保健法により、所管区内の市町村に技術的な助言や援助を行うことが定められており、精神保健福祉業務に関しては「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」に、市町村への情報提供や技術的な協力・支援をすることと明記されています。市町村への支援には様々な課題はありますが、なかでも、専門的な働きが求められるものの、個々の判断や力量に任される部分が多いことがあげられます。私は、その解消のためにこれまで研究を続けています。

私は、都道府県型保健所から市町村への支援がより充実することで、市町村の機能は高まり、精神障害者を含むすべての人が暮らしやすい地域づくりにつながると考えています。

本調査は、日本学術振興会による科学研究費補助金（JP20K22148）の助成を受け、皆様がこれまでに積みあげてきた市町村への支援内容をお伺いし、全国の実践経験に裏付けされた、効果的な支援の特徴を明らかにしていきます。

皆様におかれましては普段の業務に加え、新型コロナウイルス感染症にかかる業務で非常にお忙しくされているところと存じます。ご多忙のところ誠に恐縮ですが、次ページからの説明書兼調査票をご一読のうえ、回答にご協力くださるようお願い申し上げます。

調査責任者

〒910-1195 福井県吉田郡永平寺町松岡兼定島 4-1-1
福井県立大学看護福祉学部 准教授 岡田 隆志
E-mail : okataka@fpu.ac.jp

精神保健福祉領域における保健所から市町村への 支援に関する調査

【1. 調査の趣旨】

都道府県型保健所では、管内の市町村が地域精神保健福祉活動の推進のために行う業務を効果的に実施できるように、普段から技術的な協力や支援を行っていることと思います。

本調査では、皆様にご協力いただくことで、

- 都道府県型保健所が市町村へ行う技術的な支援はどのように行われているか
- 効果的な支援の在り方や支援における課題等は何か

を明らかにすることを目指します。

本調査による研究が、都道府県型保健所に勤める皆様のお役に立てるように尽力してまいりますので、お忙しいところ恐れ入りますが、御協力をよろしくお願いいたします。

【2. 調査の対象者】

全国の保健所で、精神保健福祉業務に従事されている、常勤で専門職の方を対象とします。
(お願い)

- 直近3年間で市町村への支援を行った方、「**全員**」に調査へのご協力をお願いいたします。
- 全ての方からの回答が難しい場合は、可能な限り、多職種（保健師と福祉職など）の方から調査へのご協力をいただきますようお願いいたします。

【3. 質問の構成と所要時間】

主な質問項目は次の4つで、回答時間は **15分** 程度です。

- | | |
|---------------------|------------------|
| I あなたの市町村への支援に関する意識 | II あなたの市町村への支援経験 |
| III 市町村への支援の困難さや課題 | IV あなた自身のこと |

なお、個別事例等に関する個人情報や貴保健所の業務件数などはお聞きしないため、統計資料等を用意していただく必要はありません。

【4. 回答期間】

お手元に到着後、令和3年3月19日までに同封の返信用封筒を使用し、投函してください。

回答方法及び倫理的配慮については、次のページをお読み下さい。

【5. 送付書類】

- (1) 調査依頼書（保健所長様） 1 枚
- (2) 調査依頼書及び説明書兼調査票（回答者様） 3 名分
- (3) 返送用封筒 3 通

【6. 回答方法】

調査票に直接記入して回答していただきます。調査票が足りない場合は調査研究者にご連絡（メール）をいただければ追加分を郵送させていただきます。

【7. 調査の同意】

調査票の提出によって回答者から同意をいただいたものとし、同意がなされないときは提出の必要はありません。また、返送の有無により、いかなる不利益をこうむることはありません。

【8. 個人情報の保護】

回答いただいた内容は個別の回答者が特定できないよう、統計的に処理いたします。調査で得られたデータ等は厳重に保管し、一定の期間終了後に責任をもって廃棄いたします。

なお、本調査はルーテル学院大学研究倫理委員会に基づく審査の結果、承認されている調査です。（申請番号 20-27）

【9. 研究成果の公表】

ルーテル学院大学大学院（社会福祉学専攻）博士後期課程において、博士論文として公表します。また、関係学会（日本公衆衛生学会等）での発表を予定しております。併せて、ご協力いただいた都道府県型保健所あて、研究成果をまとめた報告書等をお送りする予定です。

【10. その他】

本調査は、文部科学省日本学術振興会による科学研究費補助金（JP20K22148）の助成を受けたものです。

【11. 調査に関するお問い合わせ】

調査研究者 福井県立大学看護福祉学部社会福祉学科 准教授 岡田 隆志

在籍大学院 ルーテル学院大学大学院 総合人間学研究科社会福祉学専攻博士後期課程

連絡先 e-mail : okataka@fpu.ac.jp（ご質問等には速やかに返信いたします）

指導教員 ルーテル学院大学 教授 福島 喜代子

〒181-0015 東京都三鷹市大沢 3-10-20

本調査で使用する用語について

『業務』とは、精神保健福祉に関する「相談や訪問」などの個別事例への対応に加え、「家族教室」や「事例検討会」、「各種連絡会・協議会」等の事業・プログラムの企画・実施を全て含めます。

『市町村への支援』とは、市町村が地域精神保健福祉活動の推進のために行う業務を効果的に実施できるように、技術的な協力や援助を行うこととします。

I あなたの市町村への支援に関する意識について

あなたが普段から市町村への支援をするときに、次の項目についてどのくらい意識しているか、最も当てはまる数字を1つ選び、○をしてください。全ての項目に回答してください。

対象とする市町村（職員・組織のことを含む、以下同じ）によって、又は、かかわる業務、あるいはあなたの職場の状況によって支援のあり方は違うと思います。

ここでは、個々の支援状況での判断ではなく、日常的に市町村とかかわる時の基本姿勢として、「意識している」、あるいは、「心がけている」ことを思い浮かべてお答えください。

十分意識している ←→ 全く意識していない

		5	4	3	2	1
①	市町村から助言や援助の求めがあれば積極的にかかわるようにする	5	4	3	2	1
②	役割と責任を分かち合うために、市町村に積極的に協力を依頼する	5	4	3	2	1
③	市町村と協働して業務を進めるために、積極的に経験や知識を共有する	5	4	3	2	1
④	市町村と上下関係ではなく並列で対等な関係性を保つ	5	4	3	2	1
⑤	対象の業務の特徴をつかむために職員から情報を確認する	5	4	3	2	1
⑥	職員や組織の状況を理解するために、職員の経験や職場環境を確認する	5	4	3	2	1
⑦	市町村の相談支援体制や社会資源など、地域状況の情報を確認する	5	4	3	2	1
⑧	近隣市町村の実践など広域的な情報を確認する	5	4	3	2	1
⑨	業務の根拠となる関連法令や施策を確認する	5	4	3	2	1
⑩	市町村が策定する各種計画（障害者計画、健康増進計画等）を確認する	5	4	3	2	1
⑪	業務に関連する調査・文献などデータ等を確認する	5	4	3	2	1
⑫	自分自身のこれまでの実践経験を支援に活用する	5	4	3	2	1
⑬	市町村とともに業務に直接かかわりながら支援する	5	4	3	2	1
⑭	業務には直接かかわらず、助言や情報提供などの後方支援をする	5	4	3	2	1
⑮	市町村が業務に取り組みやすくなるように、事前準備や調整を手伝う	5	4	3	2	1

⑩⑥	市町村が把握していない課題は市町村に先んじて 保健所が主導的 に取り組む	5	4	3	2	1
⑩⑦	市町村が抱える課題を解決するための 見通しをもち、共有 する	5	4	3	2	1
⑩⑧	業務を具体的に考えられるように「 今できること 」に 焦点 をあてる	5	4	3	2	1
⑩⑨	市町村が行う業務に過不足が生じないように 補足的に対応 する	5	4	3	2	1
⑩⑩	周囲の情報よりクライアント（精神障害者等）との 援助関係が大切である認識 を促す	5	4	3	2	1
⑩⑪	クライアント（精神障害者等）を 地域から排除させない ように注視する	5	4	3	2	1
⑩⑫	クライアント（精神障害者等）は 一人の生活者であるという理解 を市町村に促す	5	4	3	2	1
⑩⑬	地域住民の気持ちに関心 を寄せて、業務の計画を検討する	5	4	3	2	1
⑩⑭	市町村とかかわる際に市町村と 地域住民との距離感に配慮 する	5	4	3	2	1
⑩⑮	業務に対する市町村の 不安や負担感を軽減 させる	5	4	3	2	1
⑩⑯	市町村が抱える業務の 苦手意識を変えていく ように働きかける	5	4	3	2	1
⑩⑰	市町村がこれまで取組んできた業務の 経過や意向を尊重 する	5	4	3	2	1
⑩⑱	市町村が 責任をもって業務を遂行 するように職員や組織に働きかける	5	4	3	2	1
⑩⑲	市町村の 強みや裁量を最大限に活用 できるようにする	5	4	3	2	1
⑩⑳	着手した 業務が継続 できるように市町村の職員や組織に定着を勧める	5	4	3	2	1
⑩㉑	業務の効率化を図る ため、市町村の実施体制に働きかける	5	4	3	2	1
⑩㉒	業務の課題を 協議会や施策と連動 させて考えられるように提案する	5	4	3	2	1
⑩㉓	市町村と医療機関等の 他機関との連携を促進 するための仲介役となる	5	4	3	2	1
⑩㉔	業務に関する課題を 他市町村と共有・検討 できる機会をつくる	5	4	3	2	1
⑩㉕	市町村が抱える 業務が推進・解決 されるように支援を行う	5	4	3	2	1
⑩㉖	市町村に 達成感や自信 がもたらされるように支援を行う	5	4	3	2	1
⑩㉗	市町村が 業務の理解を深める ことができるように支援を行う	5	4	3	2	1
⑩㉘	市町村が今後も業務を 継続して取り組める体制 となるように支援を行う	5	4	3	2	1
⑩㉙	住民（精神障害者や家族等を含む）による 市町村への評価が高まる ように支援を行う	5	4	3	2	1
⑩㉚	市町村が実施した手法が、好事例として 他市町村でも活用 されるように支援を行う	5	4	3	2	1

Ⅱ あなたの市町村への支援経験について

本日（回答日）から直近3年間で、あなたが市町村を支援した経験についてお聞きします。

あなたにとって、これまでの他の支援と比べて「市町村への支援が最もうまくいった事例」を1つ思い浮かべてください。あなたの主観的な判断に基づくもので構いません。

『うまくいった』事例とは、例えば次のような支援場面を想定しています。

- ・ 個別相談に同席して、市町村職員の抱える困難さや負担感が軽減され、円滑な支援ができた
- ・ 市町村の事例検討会や連絡会において、企画検討や当日の運営が効率的に進んだ
- ・ 市町村主催の普及啓発事業の実施効果が認められ、次年度の継続（又は拡大）につながった
- ・ 市町村計画の策定委員として参画し、地域の課題を適切に反映した計画策定に貢献できた

それでは、以下の設問から、選んだ1事例の概要や、その時のあなた自身がとった行動等について最も当てはまる数字を1つ選び、○をつけてください。

1. その支援の対象となった事例の業務内容を教えてください。〈1つのみ回答〉

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ① 個別相談
(面接相談や訪問指導など) | ② 精神障害・心の健康づくりに関する
普及啓発、ボランティア育成等 |
| ③ 精神障害者本人・家族等への教室や
プログラム、個別相談会など | ④ 協議会・事例検討会・各種連絡会
(例：自殺対策・自立支援協議会等) |
| ⑤ 市町村が主催する人材育成のための研修会 | ⑥ 市町村の各種計画にかかる策定会議 |
| ⑦ 保健所が主催する連絡会や研修会等 | ⑧ その他 () |

2. その市町村への支援でかかわった市町村職員（主担当の1名）の職種を教えてください。〈1つのみ回答〉

※ 対象となる市町村が複数である場合は、最も多かった職種を選んでください。

- | | | | |
|----------|---------|-----------|-------|
| ① 保健師 | ② 社会福祉士 | ③ 精神保健福祉士 | |
| ④ 社会福祉主事 | ⑤ 事務職 | ⑥ その他 () | ⑦ 未確認 |

3. その市町村への支援はどのようなきっかけで始めましたか？ 〈1つのみ回答〉

- ① 市町村からの依頼があっただけかかわった
- ② 保健所として支援の必要があると判断してかかわった
- ③ その他 ()

4. あなたは対象の市町村とはどのように連絡を取り合いましたか？〈1つのみ回答〉

- ① 保健所も市町村も相互に連絡を取り合っていた
- ② (どちらかといえば) 保健所 (あなた) が必要と判断したときに連絡していた
- ③ (どちらかといえば) 市町村から連絡を受けていた
- ④ 普段はやり取りせず、会議等の場面で状況等を確認していた
- ⑤ 継続的ではなく、一回限りのやり取りであった

5. その市町村への支援を行うために、あなたは市町村とどのような関係づくりをしましたか？〈全てに回答〉

【選択肢 4. 十分に行えた 3. やや行えた 2. あまり行えなかった 1. 全く行えなかった N. 対象外】

※ 「N. 対象外」は、「その支援を行う必要がなかったため、行わなかった」ことを意味します。(以下の問いも同じ)

①	市町村から 助言や援助の求めがあれば積極的に かかわるようにした	4	3	2	1	N
②	役割と責任を分かち合うために、市町村に 積極的に協力を依頼 した	4	3	2	1	N
③	市町村と協働して業務を進めるために、 積極的に経験や知識を共有 した	4	3	2	1	N
④	市町村と上下関係ではなく 並列で対等な関係性 を保った	4	3	2	1	N

6. その市町村への支援にあたり、あなたは現状や課題等を把握するためにどのような準備をしましたか？〈全てに回答〉

【選択肢 4. 十分に行えた 3. やや行えた 2. あまり行えなかった 1. 全く行えなかった N. 対象外】

①	対象の業務の特徴をつかむために 職員から情報 を確認した	4	3	2	1	N
②	職員や組織の状況を理解するために、 職員の経験や職場環境 を確認した	4	3	2	1	N
③	市町村の相談支援体制や社会資源など、 地域状況の情報 を確認した	4	3	2	1	N
④	近隣市町村の実践など 広域的な情報 を確認した	4	3	2	1	N
⑤	業務の根拠となる 関連法令や施策 を確認した	4	3	2	1	N
⑥	市町村が策定する 各種計画 (障害者計画、健康増進計画等)を確認した	4	3	2	1	N
⑦	業務に関連する 調査・文献などデータ等 を確認した	4	3	2	1	N
⑧	自分自身の これまでの実践経験 を支援に活用した	4	3	2	1	N

7. あなたはどのような手段でその市町村への支援を行いましたか？〈全てに回答〉

【選択肢 4. 十分に行えた 3. やや行えた 2. あまり行えなかった 1. 全く行えなかった N. 対象外】

①	市町村とともに業務に 直接かかわりながら 支援した	4	3	2	1	N
②	業務には直接かかわらず、助言や情報提供などの 後方支援 をした	4	3	2	1	N
③	市町村が業務に取り組みやすくなるように、 事前準備や調整 を手伝った	4	3	2	1	N
④	市町村が把握していない課題は市町村に先んじて 保健所が主導的に 取り組んだ	4	3	2	1	N

8. その市町村への支援には、どのような方針をもって対応しましたか？〈全てに回答〉

【選択肢 4. 十分に行えた 3. やや行えた 2. あまり行えなかった 1. 全く行えなかった N. 対象外】

①	市町村が抱える課題を解決するための見通しをもち、共有した	4	3	2	1	N
②	業務を具体的に考えられるように「今できること」に焦点をあてた	4	3	2	1	N
③	市町村が行う業務に過不足が生じないように補足的に対応した	4	3	2	1	N
④	周囲の情報よりクライアント（精神障害者等）との援助関係が大切である認識を促した	4	3	2	1	N
⑤	クライアント（精神障害者等）を地域から排除させないように注視した	4	3	2	1	N
⑥	クライアント（精神障害者等）は一人の生活者であるという理解を市町村に促した	4	3	2	1	N
⑦	地域住民の気持ちに関心を寄せて、業務の計画を検討した	4	3	2	1	N
⑧	市町村とかかわる際に市町村と地域住民との距離感に配慮した	4	3	2	1	N
⑨	業務に対する市町村の不安や負担感を軽減させようとした	4	3	2	1	N
⑩	市町村が抱える業務の苦手意識を変えていくように働きかけた	4	3	2	1	N
⑪	市町村がこれまで取組んできた業務の経過や意向を尊重した	4	3	2	1	N
⑫	市町村が責任をもって業務を遂行するように職員や組織には働きかけた	4	3	2	1	N
⑬	市町村の強みや裁量を最大限に活用できるようにした	4	3	2	1	N
⑭	着手した業務が継続できるように市町村の職員や組織に定着を勧めた	4	3	2	1	N
⑮	業務の効率化を図るため、市町村の実施体制に働きかけた	4	3	2	1	N
⑯	業務の課題を協議会や施策と連動させて考えられるように提案した	4	3	2	1	N
⑰	市町村と医療機関等の他機関との連携を促進するための仲介役となった	4	3	2	1	N
⑱	業務に関する課題を他市町村と共有・検討できる機会をつくった	4	3	2	1	N

9. あなたはどのような成果を目指して、その市町村への支援をしましたか？〈全てに回答〉

【選択肢 4. 十分に行えた 3. やや行えた 2. あまり行えなかった 1. 全く行えなかった N. 対象外】

①	市町村が抱える業務が推進・解決されるように支援した	4	3	2	1	N
②	市町村に達成感や自信がもたらされるように支援した	4	3	2	1	N
③	市町村が業務の理解を深めることができるように支援した	4	3	2	1	N
④	市町村が今後も業務を継続して取り組める体制となるように支援した	4	3	2	1	N
⑤	住民（精神障害者や家族等を含む）による市町村への評価が高まるように支援した	4	3	2	1	N
⑥	市町村が実施した手法が、好事例として他市町村でも活用されるように支援した	4	3	2	1	N

10. これまでの回答を総じて、「うまくいった」要因（ポイント）は何だと思えますか？〈自由記載〉

Ⅲ 市町村への支援の困難さや課題について

1. 市町村への支援を行ううえでの困難さや課題をお聞きします。

次の項目について最も当てはまる数字を1つ選び、○をしてください。〈全てに回答〉

あてはまる ← → あてはまらない

①	普段から市町村とのやりとりが少なく、支援の依頼が来ない	5	4	3	2	1
②	管轄する市町村が広域（又は市町村数が多い）で、支援が行き届かない	5	4	3	2	1
③	市町村職員と定期的に顔を合わせる機会がなく、関係性が築けない	5	4	3	2	1
④	市町村の業務に対する意欲や考え方によって、支援の効果が左右される	5	4	3	2	1
⑤	市町村ごとに特性が違うため、各々のニーズに応じた支援ができない	5	4	3	2	1
⑥	日常業務が多忙で、市町村への支援に時間が割けない	5	4	3	2	1
⑦	保健所内で市町村への支援について検討する機会がない	5	4	3	2	1
⑧	保健所として、他業務に比べて市町村支援の優先順位が低い	5	4	3	2	1
⑨	市町村への支援の対応に困っても、複数の職員が協力し取り組む体制が保健所がない	5	4	3	2	1
⑩	市町村への支援方法などに困った時に相談できる同僚・上司がない	5	4	3	2	1
⑪	自分に市町村を支援するだけの業務の知識や経験が乏しい	5	4	3	2	1
⑫	市町村の地域アセスメント（地区診断）が十分できず、必要な情報が把握できない	5	4	3	2	1
⑬	業務の課題が多様化していて、これまでの支援経験だけでは対応しきれない	5	4	3	2	1
⑭	市町村支援のやり方は人それぞれで違うため、他者から学ぶことができない	5	4	3	2	1
⑮	市町村への支援に関する研修の機会が少ない	5	4	3	2	1
⑯	市町村を支援することにやりがいを感じない	5	4	3	2	1

2. 上記のほかに、あなた個人又は組織が感じている市町村への支援の困難さや課題等があれば教えてください。〈自由記載〉

