

精神保健福祉領域における県型保健所から 市町村に行く技術支援に関する研究

岡田 隆 志*

抄 録

本研究の目的は、県型保健所が市町村に行く技術支援の効果的な実践内容を明らかにし、提供体制のあり方を提起することである。そのために、技術支援に関する先行研究をもとに研究課題を3つのレベル(政策/組織/援助技術)に分けて設定した。そして、関連する支援手法の概念整理をもとに調査に必要な操作的定義と分析枠組みを定めた。

続いて、設定した研究課題に沿って「精神保健福祉政策の影響に伴う県型保健所の役割と業務の変化」、「都道府県ごとの県型保健所の職員配置と業務実施状況の違い」、「技術支援の意識構造を体系化し、それに影響を与える要因」を明らかにするために3種類の調査研究を行った。

最後に、総合考察では調査結果から得た、保健所をとりまく環境及び県型保健所が市町村に行く技術支援の意識構造についての知見を踏まえ、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レベルごとに提示した。

Keywords: 精神保健福祉, 技術支援, 保健所, 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

I. 研究の背景と問題の所在

我が国の精神疾患患者は、2002(平成14)年から2017(平成29年)年までの15年間で約160万人増加し、419.3万人に達した。加えて、精神疾患の有無にかかわらず、自殺やひきこもり、虐待といった、国民の精神保健の問題は深刻さを増しており、精神障害者の長期入院を始めとする社会的な課題もいまだ解消されていない。そのような社会情勢を受け、2017(平成29)年に国は、精神

障害者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(以下、「精神包括ケアシステム」という。)」の構築を理念に掲げた(厚生労働省2017)。これにより、精神保健福祉領域では基礎自治体である市町村を基盤として体制整備を行う政策が本格的に取り組みられるようになった。しかし、市町村の精神保健福祉業務については、精神障害者に必要なサービスが不足するといった地域における支援の格差が指摘されてきた(駒井2012)。そのため、市町村ごとの取組みにばらつきが生じないように、都道府県が設置する保健所(以下、「県型保健所」という。)¹⁾には情報提供や

*Okada, Takashi
福井県立大学看護福祉学部

技術的な協力や支援を通して、市町村機能を補完することが期待されてきた（桑原 2015; 藤井 2021）。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」と称し、その定義を「県型保健所が、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に技術的な協力・支援をすること」とした²⁾。

国は、県型保健所による技術支援の重要性を示してきたが、その規定及び内容を明記してこなかった。そのため、技術支援の方法に関するガイドラインなどがこれまでに策定されたことはない。これまでに技術支援に関する調査研究が十分に積み上げられていないため、支援方法は体系化されていない。このことから、現場の精神保健福祉相談員³⁾などの専門職は、各自の実践知を頼りに技術支援を行い、その方法を後進に継承してきたと考えられる。

市町村が精神包括ケアシステムの構築に向けた取り組みを着実に進めるためには、県型保健所は市町村への技術支援を積極的に行う必要がある。県型保健所の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。

II. 研究目的

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示することを目的とする。そのうえで、精神障害者のより良い暮らし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。

III. 県型保健所が市町村に行う技術支援の研究枠組み（第 1 章）

1. 県型保健所および市町村の精神保健福祉業務（第 1 章第 1 節）

1997（平成 9）年に地域保健法が施行となり、

地域保健サービスの実施主体が都道府県から住民に身近な市町村へと移譲されると、県型保健所の設置数は徐々に削減されていった。その削減された分、1 保健所あたりの所管区域が拡大した。県型保健所が実施した精神保健福祉に関する相談や訪問指導件数は、2000（平成 12）年度以降減少し、市町村への技術支援の件数も 2002（平成 14）年度をピークにそれ以降は減少していた。反面、措置入院に関する申請・通報・届出等への対応件数はその間、増大の一途をたどっていた。これらの精神保健福祉業務を担う県型保健所の職員数や職種については、地域保健・健康増進事業報告（以下、「地域保健事業報告」という。）の、公表方法が保健所全体の総数であるため、業務担当別には明らかにされていない。また、県型保健所の精神保健福祉業務の実施状況は、全国規模の調査が数度行われているが、公表が全国単位または地方単位であるため、都道府県単位での詳細は確認できない。

市町村については、1999（平成 11）年には 3,239 市町村あったが、2020（令和 2）年には 1,718 市町村（47.0% 減）となった。この間、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等の影響を受けて、市への移行が進んだ。それでも、町村の数は依然、半数以上を占めており、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などの件数は、県型保健所とは対照的に年々増加していた。市町村の多くは主に保健師が精神保健福祉業務を担当しているが、98.0%の市町村が相談対応に苦慮しており（藤井 2021）、市町村は相談対応などの解決のために県型保健所からの技術支援を必要としていた（長澤ら 2016）。

2. 技術支援に関する先行研究（第 1 章第 2 節）

自治体への技術支援の先駆けは、精神科医によるコンサルテーションである。1965（昭和 40）年の精神衛生法施行により、保健所に精神衛生業務が規定されて以降、都道府県の設置する精神衛生センターに勤務する精神科医が、保健所職員に

対して医学モデルを主体とする技術支援を行っていた。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であり（田中 1996:111; 山本 2000:118）、Caplan は、「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した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。

精神保健福祉法施行後、精神障害者の地域生活支援の充実に向けて、市町村が精神保健福祉業務に取り組み始めるようになった。その際、県型保健所に所属する一部の精神保健福祉相談員が市町村職員に、生活モデルを主体とする技術支援を行うようになった。しかし、その実践は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）。

県型保健所が取り組む精神保健福祉業務に関する先行研究は、措置入院者への支援（伊藤・守田 2020）や退院促進支援（辻・都築 2011）など住民などに直接的に支援する業務にやや偏りが見られた。技術支援に関しては、2点の調査研究（中土・北山 2013；全国保健師長会大分県支部 2020）のみ該当した。それらの研究はともに実践者への聞き取りにより技術支援を構成する項目を具体的に表していたが、分析方法が明解ではないなど探索的な調査にとどまっていた。先行研究の結果から、本研究で焦点化する県型保健所から市町村に行う技術支援は、定義が十分に整理されず、実施過程が構造的に示されていないと判断した。そこで、本研究で用いる操作的定義と分析枠組みを設定するため、我が国の社会福祉領域で用いられるコンサルテーションと、欧米の地域保健領域で他機関が行う技術支援の手法として用いられるテクニカル・アシスタンス（以下、「TA」という。）に着目した。コンサルテーションの定義を示した国内の先行研究（植田 2007；野村 2015；北本 2014；大島 2015；福山 2005 など）と TA に関する海外の先行研究（Hunter et al 2009; Rushovich

et al 2015; Le et al 2016. など）から、それぞれの概念と実施過程の構造を整理し、そのうえで技術支援の内容と比較した。結果、支援内容、提供主体、実施根拠、支援範囲の4点を技術支援の特徴として見出すことができた。それらの特徴を踏まえ、県型保健所が市町村に行う技術支援の操作的定義を「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」と定め、実施過程の構造を表す枠組みを「関係づくり」「情報収集のうえ分析・判断」「支援方針の策定」「実施の手立て」「評価」と設定した。また、荒木（2010:111-120）が、「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、行政機関の業務は法令や組織の方針に基づき行われるため、県型保健所の運営体制や法令などが県型保健所の役割や業務に与える影響を把握することにした。

さらに、県型保健所が行う技術支援は、市町村職員の知識や技術、姿勢などが実践能力に影響を与えると考えられるため、専門職の実践能力に影響を与える要因に関する先行研究を概観した。そうしたところ、実践経験の年数を積み重ねること、研修やOJT（On-the-Job Training）などの研鑽機会を得ることによって、実践能力の向上につながるということが明らかになった（福島 2005:197-198; 青山・岡田 2018 など）。

3. 研究課題の設定（第1章第3節）

先行研究による到達点と明らかになった課題点を踏まえ、研究目的を達成するための研究課題を3つのレベルに分けて整理した。

（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」

市町村から技術支援の要望が高まっているも、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は都道府県の裁量に委ねられている。都道府県ごとの専門職配置の違いは、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組織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したうえで、技術支援の意識に影響を与える要因、活用度合いに影響を与える要因を明らかにする」

県型保健所の専門職は、自らの経験則から導き出された知識や技術に基づき技術支援を行っていると考えられる。技術支援が属人的な実践知で行われたままでは、支援技術の平準化に支障をきたしてしまう。そこで、技術支援の実施方法を援助技術レベルで把握するべく研究課題に設定した。

IV. 保健所の役割と業務に関する施策の変遷（第2章）

第2章では、研究課題1を明らかにするための調査を行い、その結果を示した。

1. 調査目的

近年の精神保健福祉政策の検討過程において、県型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を、精神保健福祉法を主とした法令や関連施策の改正経過に焦点を当てて整理する。なお、法令等において、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（第2章）においてはすべて「保健所」と統一して表記している。

2. 調査対象とした資料等

精神保健福祉法を主とする法律や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。

3. 対象時期の範囲

精神保健法が改正されて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（表1）。

4. 調査結果

各期における保健所と市町村に求められる役割と業務を整理した。その結果、第1期「市町村による精神障害者福祉業務移行期」では、保健所は、地域における精神保健福祉の中心的な機関と位置付けられた。市町村が精神障害者福祉業務の実施主体となったことで、保健所には在宅福祉サービスの充実のために市町村への技術支援を積極的に行うことが求められ、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。）にその旨が規定された。

第2期「保健所と市町村による精神保健福祉業務実施期」では、市町村は精神障害者の福祉サービスに関する業務に加え、地域移行支援、地域定着支援の実施主体となることや、保健所と協力して精神保健相談に取り組むことなど、業務が拡大していた。保健所は、地域精神保健に関する役割

表1 対象時期の区分（筆者作成）

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

が中心になり、措置入院者や医療中断者等への医療提供の業務を積極的に行うことが求められていた。また、障害者自立支援法が施行されると、厚生労働省は、市町村が業務に苦慮しないために保健所による技術支援の必要性を強調した（厚生労働省 2006）。そのため、保健所による技術支援は市町村から期待された。しかし、保健所は地域生活支援に関与する機会が減少し、措置入院に関する業務などの緊急的な対応件数が増加するなどして、保健所としての役割を十分に担えていないことが指摘され始めた（厚生労働省 2008）。

第3期「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築期」は、市町村が基盤となって精神保健福祉業務に取り組むための支援体制を構築し始めた時期であった。市町村のなかには、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けないところが現れていた（厚生労働省 2020）。保健所には市町村が行う相談支援や協議会の運営、人材育成などに対して技術支援を行う役割が期待された。そのため、市町村業務を推進するために保健所職員を増員する必要性が提起されていた（厚生労働省 2021）。

精神保健福祉法の制定後、市町村は同法など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いた。今日では、精神包括ケアシステムの中心となり、精神障害者への支援体制の構築を図ることが求められている。保健所は、精神障害者福祉に関する業務が市町村に移管されて以降、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役割として求められた。さらに、市町村の行う業務範囲が拡大するに伴って、市町村への技術支援の充実も期待されていた。しかし、技術支援の内容や業務としての位置づけが不明確であるために、現場では実施にやや消極的になる傾向がみられていた（中土・北山 2013）。このような役割が十分に遂行できない現状に対して、保健所業務の機能低下が指摘され続けていた。しかし、政策としては常に「残された課題」として据え置きとなり、具体的な対応策は十分に講じられないままとされていた。

V. 県型保健所の専門職配置状況に関する調査（第3章）

第3章では、研究課題2を明らかにするための調査を行い、その結果を示した。

1. 調査目的

県型保健所の精神保健福祉業務を専従で行う職員（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。

2. 分析対象

本調査には、既に公表済みである2種類の調査データを利用した。1種類目は、2002（平成14）年度の都道府県及び市町村に配置された専従職員を把握するために行われた調査（以下、「2002年度データ」という。）⁴⁾であり、2種類目は、2018（平成30）年度の県型保健所に配置された専従職員の配置状況を把握するために行われた調査である（以下、「2018年度データ」という。）⁵⁾。

3. 調査仮説

本調査で2つの仮説を立てて検証した。仮説1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」とした。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異なる」とした。

4. 分析方法

まず、仮説1を検証するため、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。次に、仮説2を検証するために第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」⁶⁾のクロス集計表を作成し、2変数の構成要素間の関係を調べるためにコレスポンデンス分析を行った。この分析によって作成した両データの散布図をもとに、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

表 2 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

図 1 2002 年度データ 専従専門職の配置状況類型化 (2 タイプ)

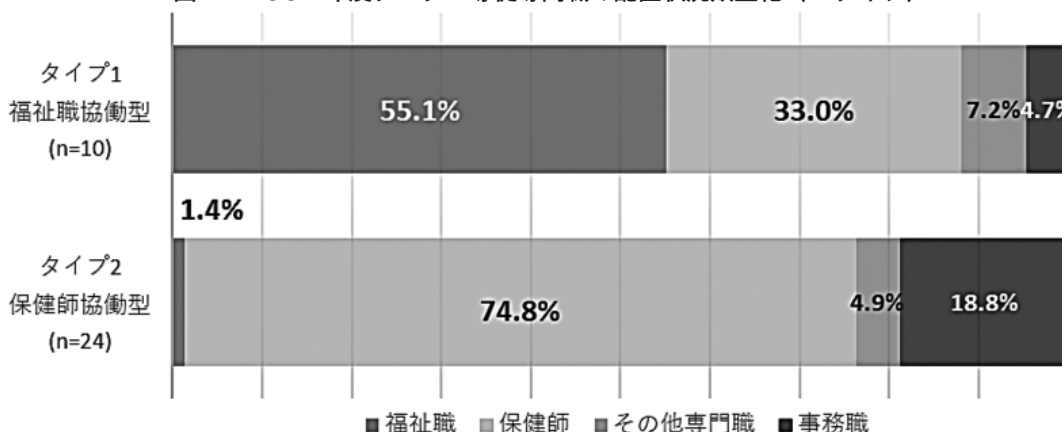
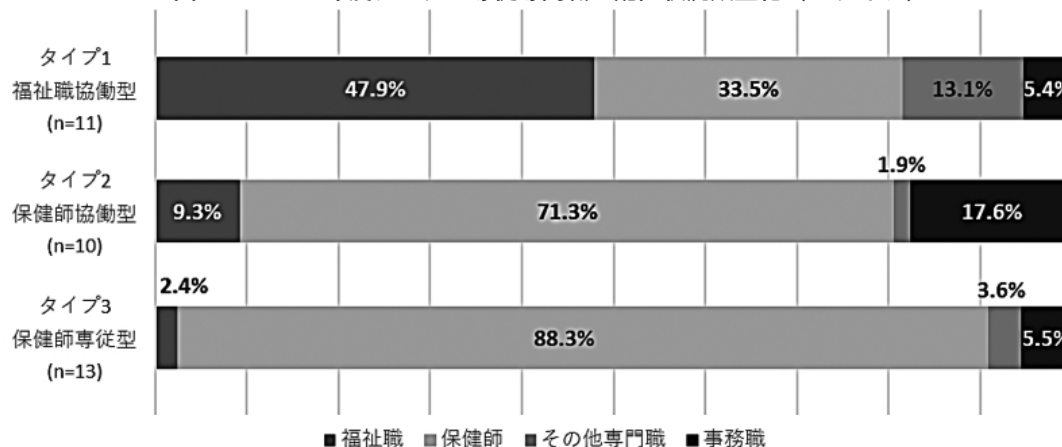


図 2 2018 年度データ 専従専門職の配置状況類型化 (3 タイプ)



スター分析 (Ward 法・標準ユークリッド距離) 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を類型化したタイプごとに、地域保健事業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 (Kruskal-Wallis 検定と多重比較) を行った⁷⁾。

5. 分析結果

2018 (平成 30) 年度は 2002 (平成 14) 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り、仮説 1 は支持された (表 2)。

都道府県ごとの配置状況の特徴は、2002 年度データでは、社会福祉専門職がおよそ半数を占め、それ以外が「保健師」や「その他専門職」などで構成された【福祉職協働型】と、専従職員の

表3 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。

うち「保健師」の割合が7割以上を占め、残りに「事務職」などが配置された【保健師協働型】の2タイプに分けられた(図1)。2018年度データでは【福祉職協働型】と【保健師協働型】に加え、専従職員の約9割を「保健師」で占める【保健師専従型】のタイプが追加され、3タイプに分けられた(図2)。

3タイプごとの業務実施状況についてKruskal-Wallis 検定と多重比較を行ったところ、【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、市町村援助として計上される技術支援回数において他のタイプと比較して有意に高い結果となった(表3)。したがって、

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、市町村への技術支援を行っていることが明らかとなった⁸⁾。以上のことから、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」は一定程度支持された。

VI. 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4章)

第4章では、研究課題3を明らかにするための調査を行い、その結果を示した。

1. 調査目的

県型保健所に所属する精神保健福祉士や保健師などの専門職（以下、「専門職」という）が市町村に行う技術支援の内容と意識構造を専門職の実践知から明らかにする。そ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。

2. 調査手順

技術支援の意識構造を構成する項目（以下、「技術支援の意識項目」という。）の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分析枠組みを用いて、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を行った。その調査結果に対して質的内容分析を行い、技術支援の意識項目を全40項目に整理した。また、技術支援課題に関する項目（以下、「技術支援の課題項目」という。）を全16項目に整理した。そして、予備調査を行ったのち、自記式質問紙（以下、「質問紙」という。）の内容を確定させ、全国の県型保健所を対象に、郵送による質問紙調査を行った。

3. 質問紙調査の概要

調査対象は、全国の県型保健所全数（355か所：2020（令和4）年4月1日時点）とし、1保健所あたりの配布数は3人分とした⁹⁾。設問は大きく4つの内容で構成し、第1は「市町村への支援に関する意識」として、技術支援の意識項目（40項目）を5件法により尋ねた。第2は「市町村への支援経験」として、これまでの実践経験のなかで「最もうまくいった」事例の概要を尋ねた。第3は「技術支援における課題」として、技術支援の課題項目（16項目）を5件法などにより尋ねた。第4は、回答者の基本情報を尋ねた。

4. 調査結果

質問紙を1,071人分布した結果、501人から回答（回収率46.8%）があり、そのうちの475（44.4%）を有効回答として扱った。

5. 分析方法及び結果

まず、回答データを全て単純集計した。集計結果のうち、有効回答者の基本属性を表4に示した。続いて、SPSS27 for WindowsおよびAmos27 for Windowsを用いて、次のとおり分析を行い、結果を示した。

(1) 因子分析

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、「市町村への支援に関する意識」の回答結果をもとに、探索的因子分析（プロマックス回転を伴う最尤法）を行った。その結果、5因子（28項目）が抽出された（表5）。第1因子は、全13項目から構成された【成果を見据えた支援方針の立案】、第2因子は全5項目から構成された【専門的かつ広域的な情報の確認】、第3因子は、全4項目から構成された【地域住民として共生する意識の醸成】、第4因子は、全3項目から構成された【市町村との協働的な関係づくり】、第5因子は、全3項目から構成された【市町村への補完的なかわり】と命名した。また、構成概念の妥当性を検証するために検証的因子分析を行ったところ、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となり、修正モデルの適合には一定程度の妥当性が認められた。

(2) 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、重回帰分析を行い仮説の検証を行った（表6）¹⁰⁾。仮説1「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」を検証した結果、「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

表 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

合いが有意に高くなることが明らかになった。次に、専門職が自身の力量に関して課題を抱えていることが、技術支援の意識構造に影響を与えているかどうかを把握するため、仮説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」を立てた。検証の結果、専門職が自身の力量に対して課題を認識しているほど、一部の因子において技術支援の意識度合いが有意に低くなった。同様に、保健所組織の実施体制に関して課題を抱えていることが技術支援の意識構造に影響を与えているかどうかを把握するため、仮説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」を立てた。検証の結果、県型保健所の組織体制の課題

を認識している専門職ほど、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。

(3) 相関分析

技術支援への意識と実践の関連性を明らかにするため、相関分析を行い仮説の検証を行った。仮説4「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」を検証した結果、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。

(4) 分散分析

技術支援への意識と実践の関連性が認められた

表5 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足的に対応する	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

ことを踏まえ、仮説5「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」を検証するために分散分析を行った（表7、8）。実際の事例をもとに示された技術支援の活用度合いを分析した結果、「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」）では、年数を重ねた専門職の方

が4つの因子において活用度合いを高めることが明らかになった。「職場内で技術支援の指導（OJT）を受けたことがある」かどうかでは、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を高め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

表 6 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				非標準化係数			
			b	標準誤差	t	p 値	b	標準誤差	t	p 値
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				reference			
		保健師 その他専門職	0.172	0.134	1.285	0.164	0.131	1.254		
	自治体勤務年数		-0.223	0.214	-1.044	0.120	0.208	0.574		
	精神担当勤務年数		0.008	0.006	1.326	0.005	0.006	0.905		
	相談員任命		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				非標準化係数			
			b	標準誤差	t	p 値	b	標準誤差	t	p 値
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				reference			
		保健師 その他専門職	0.187	0.134	1.398	0.030	0.131	0.228		
	自治体勤務年数		-0.161	0.214	-0.756	-0.143	0.209	-0.682		
	精神担当勤務年数		-0.002	0.006	-0.427	0.007	0.006	1.248		
	相談員任命		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 =0.150 (調整済み R ² =0.125)				F (11,364) =7.850,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			
			b	標準誤差	t	p 値
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 その他専門職	0.155	0.128	1.209	
	自治体勤務年数		-0.172	0.205	-0.840	
	精神担当勤務年数		0.007	0.005	1.222	
	相談員任命		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

表 7 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

表 8 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			
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 **	A>B 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 ***	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<0.01 ***P<0.001

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った。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。

Ⅶ. 総合考察 (第 5 章)

第 5 章では、前章までの調査結果をもとにそれぞれの研究課題に沿った考察を行った。そのうえで、これまでの研究成果を踏まえた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、多面的な視点から提示した。

1. 県型保健所をとりまく環境

(1) 政策の影響により県型保健所が抱える課題

わが国の精神保健福祉施策は、精神保健福祉法

制定後、数度の改正を重ねながら、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、住民サービスをより生活に密着したところで提供していく流れが、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)。県型保健所の役割と業務は、市町村の役割等の変化に対応するように法令上推移してきた。市町村の精神保健福祉業務が拡大するにつれて、県型保健所による技術支援の重要性が高まっていたことが確認された。一方、都道府県が所掌していた業務が市町村に移譲されても、県型保健所が担うべき役割はまだまだ広範囲であり、障害者自立支援法の施行後から県型保健所の機能低下が指摘され始めた。それ以降、県型保健所における人員の適正配置や役割の見直しなどの機能強化策が国の検討会でも繰り返し提案されてきた。しかしながら、常に「残された課題」として棚上げされ、必要な支援策は示されて

こなかった。本研究ではこのような経過から、現状の県型保健所の実施体制では政策上で求められる役割等に対応しきれていない可能性があることを指摘した。各自治体では人口規模や職員体制には違いがあり、精神保健福祉業務の範囲の拡がりへの対応可能性には県型保健所や市町村ごとに差が生じてしまう。それゆえ、県型保健所の機能強化は必要とされながらも、全国一律に具体性のある政策的な体制整備を行うことが難しかったものと推察した。

(2) 県型保健所の専従職員数及び専門職配置状況の実態

調査結果（第3章）により、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、この人数増加に関しては、県型保健所数の減少に伴って生じた職員の配置転換による人数に相当していた。したがって、職員の増員によって県型保健所の機能強化が図られているとは言いきれないことを指摘した。

専門職配置状況に関しては、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。社会福祉専門職は、都道府県知事または市町村長から精神保健福祉相談員を任命されることによって、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。業務担当の変更により業務経験が中断しやすい保健師と比べると、社会福祉専門職の方が積み上げた実践経験などを活かして業務を行いやすい。それにより、相談や訪問指導に比較的多くの時間を充てることができるためと考えた。技術支援に関しては、市町村では精神保健福祉業務を保健師が主で担うことが多いため、専門性が異なる社会福祉専門職へのニーズが高まりやすくなることが影響していると考えられた。

2. 県型保健所が市町村へ行う技術支援の意識構造

(1) 技術支援の意識構造

調査結果（第4章）により、県型保健所の専門

職が市町村への技術支援を行う際に意識すべき内容と構造を5因子（28項目）で示すことができた。

第1因子【成果を見据えた支援方針の立案】は、県型保健所の専門職が市町村に技術支援を行う際に、業務に関連するさまざまな成果を想定し、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。同因子には、市町村職員の苦手意識や負担感に寄り添うことと、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ことが含まれていた。このような市町村職員の心理的な支えになる意識などをもつことが、技術支援を行う際の特徴であることを示した。

第2因子【専門的かつ広域的な情報の確認】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。さまざまなデータを蓄積したうえで市町村への技術支援を行う必要性を述べている先行研究の結果を追認した。

第3因子【地域住民として共生する意識の醸成】は、市町村に対して、精神障害者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。市町村には精神障害者を一人の生活者としてとらえ、地域で暮らすことを保障する態度が必要であるため、県型保健所が市町村へ行う技術支援の因子として抽出されたと考えられた。

第4因子【市町村との協働的な関係づくり】は、技術支援を行う際に、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。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おり、同因子は先行研究が示す関係づくりの重要性を支持するものとなった。

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。同因子には、市町村からの依頼を受けて技術支援を行うだけでなく、県型保健所の業務から確認でき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が含まれた。先行研究では、支援を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ことから、技術支援の特徴として見出すことができた。

(2) 技術支援の実践での活用度合いに影響を与える要因

調査結果（第4章）により、技術支援を実践でより効果的に行うためには、技術支援の意識構造を十分に理解し、意識していくことが重要であることが明らかになった。そして、精神保健福祉担当としての勤務年数を積み重ねつつ、職場内でOJTを受けることが実践に影響することが示された。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った。

一方で、専門職が行う技術支援の実践は、組織内の協力体制などに課題が認められるほど、取り組みにくくなることも示唆された。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、サポートタイプかつ働きやすい職場づくりが重要であると述べている。本研究の結果は、先行研究で示されている組織内の体制整備の重要性を追認していた。このことから、県型保健所による市町村への技術支援に取り組んでいく際には、まずは職場内で技術支援の必要性を共有し、実施のために必要な業務上の配慮を行っていく。そのうえで、技術支援に関する職場内のOJTの実施率を高めていくことが重要であると考えられた。

3. ソーシャルワーク実践への示唆

市町村と県型保健所の有機的な連携に基づく支援構造を構築するためには、県型保健所は市町村への技術支援を積極的に行うことが不可欠であ

る。その際、専門職として市町村には「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点を重視して取り組むことが肝要である。ただし、技術支援を効果的に行うにはその方法だけでなく、組織の運営体制や根拠となる法制度などの環境面を改善していかなければならない。そこで、都道府県あるいは県型保健所は「組織内の体制整備に向けた働きかけ」と「人材育成の仕組みづくり」といった組織として専門職を支える体制づくりを推進していくべきである。さらに、国は法令上の「県型保健所の役割と業務の再規定」を行うことと「社会福祉専門職の人員確保」に努めることを優先して行う必要がある。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。

VIII. 研究の意義と今後の課題（終章）

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、さまざまな生活福祉課題を抱える障害者などを対象とした援助技法に多くの関心が寄せられ、直接的な援助以外の技法を対象とした調査は十分に蓄積されていなかった。本研究では、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った。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、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ことができた。本研究の成果が現場の苦悩を解消するための一助となることを期待したい。

第2点は、県型保健所が市町村を基盤とした相談支援体制の構築に貢献していくための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の構築とは、複雑かつ複合的な生活課題を抱える人々が制度・政策の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は、市町村とともに重層的支援体制を構築していくことが求められている。本研究は、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、県型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した。それによって、援助技術レベル、組織レベル、政策レベルの課題に対して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になる。

更に、本研究の対象範囲とした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。社会福祉のさまざまな領域で同様の構造をもつことが多くあるため、本研究で示した知見は、今後、幅広く活用できるのではないかと考えられる。

最後に、本研究で取り組んだ3種類の調査研究について、調査対象範囲の限界、説明力が低い分析結果が認められること、個別性や地域特性に応じた技術支援の対応方法までの言及がなされていないことなど、研究上の課題は残るものの、本研究の成果によって研究目的は達成されたものと言えよう。

謝辞

本研究は、ルーテル学院大学大学院博士学位論文を要約版として加筆、修正したものである。本調査に協力いただいた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様にご感謝申し上げ

げます。また、博士論文の執筆にあたっては、福島喜代子先生、金子和夫先生、高山由美子先生をはじめ、ルーテル学院大学の先生方に多大なご指導をいただきました。心より感謝申し上げます。

注

- 1) 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) 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している。
- 3) 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。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。
- 4) 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従従事者調査報告書(2004[平成16]年1月1日)」。そのうち、県型保健所を対象とした配置状況の結果データを使用した。
- 5) 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を使用した。
- 6) 両データでは、回答項目で選択できる職種名に違いがあるため調整を行い、「保健師」「福祉職」「その他専門職」「事務職」に分類した。
- 7) 両データを一定の基準で整理し、分析困難な都道府県を除外した結果、最終的に34の都道府県を分析対象とした。
- 8) 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。
- 9) 1保健所あたりの質問紙の配布数は、第2章で示した2018(平成30)年度の平均専従職員数3.07人を根拠に定めた。質問紙が足りなくなる県型保健所があることを想定し、不足が生じた場合に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)。
- 10) 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。

参考・引用文献一覧

- 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.
- 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.)
- 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（2005）『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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 厚生労働省（2008）『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_s1113-4.txt, 2021.10.22）.
- 厚生労働省（2017）『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（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）.
- 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.
- 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—」『厚生指針』63（12）、1-6.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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（2001）『市町村精神保健福祉業務のすすめ方』萌文社.
- 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.
- 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.

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.

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

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

Takashi Okada

The purpose of this study is to clarify the effective practice of technical support provided by public health centers to municipalities and to propose an ideal system of provision. To this end, the research questions were set at three levels based on previous studies on technical support. The operational definitions and analysis framework necessary for the investigation to clarify each research question was defined based on the conceptual arrangement of related support methods.

In this study, three types of surveys were conducted to clarify the following: “Changes in the roles and tasks of prefectural public health centers due to the impact of mental health welfare policies”, “Differences in Staffing and Work Implementation in public health centers by prefecture,” and “Systematize the structure of attitudes toward technical support and analyze the factors that influence them.”

Based on a comprehensive discussion of the results of each study, suggestions for social work practice related to prefectural public health centers are presented for each level.

Keywords: Mental health and social services, Technical Support, Public Health centers, Community comprehensive care system for mental disability.