

資料

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

オカダ タカシ
岡田 隆志*

目的 都道府県の保健所（以下、県型保健所）における精神保健福祉業務は、住民からの相談等に加え、措置入院にかかる通報対応から退院後支援、地域包括ケアシステム構築に資する活動など、多岐にわたる内容が求められている。一方、職員数は全国的に減少が続いており、必要人員の確保は容易ではなくなっている。国の通知では、業務体制について単に人員確保だけでなく、単一の課等を設けることや多職種のチーム体制を敷くこと、専任職員を配置するなどの工夫を凝らすことを各都道府県に提案しているが、実際に都道府県がどのように職員を配置しているかを把握する全国調査は直近では見当たらない。そこで、本研究では既存資料と新たに実施された調査データを活用して、都道府県ごとの専従職員の配置状況を体系的に分類し、それぞれの精神保健福祉業務の実施状況の傾向を分析することを目的とする。

方法 本研究では2つの仮説「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「精神保健福祉業務の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」を立て、その検証を試みた。対象データは、2018年における県型保健所精神保健福祉業務職員の配置状況を扱った調査と、2002年の配置状況を扱った調査、それぞれの先行調査データの一部を取り扱った。

分析方法は都道府県名と専従専門職員数の平均値の2変数でコレスポンデンス分析を行い、そのうえで、都道府県ごとの専従職員配置の類似性を表すためにクラスター分析を行った。さらに、平成29（2017）年度地域保健・健康増進事業報告を用いて、類型ごとの精神保健福祉業務状況を比較するためにKruskal-Wallis検定および多重比較を行った。

結果 県型保健所の専従職員配置状況は、2018年度の配置数の方が2002年より0.61人分上回っていた。都道府県ごとの配置状況の特徴は、2002年度では2類型（「保健師協働型」、「福祉職協働型」）に分けられ、2018年度ではさらに「保健師専従型」が加わり3類型になると解釈できた。精神保健福祉業務の実施状況の差を類型別に比較したところ、「福祉職協働型」は専従職員一人当たりの相談・訪問の延べ件数、市町村援助件数で他の類型と比較して有意に高かった。

結論 県型保健所がより効果的に業務を遂行していくために、保健師と精神保健福祉士など複数の専門職を配置する体制にすることが必要と考えられる。

Key words : 都道府県, 保健所, 精神保健福祉業務, 専従職員配置状況

日本公衆衛生雑誌 2020; 67(9): 609-619. doi:10.11236/jph.67.9_609

I 緒 言

わが国の精神疾患患者は平成14（2002）年患者調査の推計値では258.4万人であったが、平成29（2017）年調査では419.3万人に達し、15年間でおよそ160万人増加した。そのようななか、精神障害者が地域の一員として安心した暮らしを実現するため

に必要な包括的な支援体制を目指す「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、包括ケアシステム）の構築が国の理念として掲げられた¹⁾。包括ケアシステムの基礎圏域は日常生活圏域であるが、そこに都道府県、障害福祉圏域や市町村を単位とした協議の場を設置して、精神医療保健福祉の関係機関による重層的な連携体制を整えていくことが求められている。この行政を中核とした重層的構造の方針は、2004年9月にまとめられた厚生労働省精神保健福祉対策本部報告「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に掲げられており²⁾、市町村を基礎とし

* 福井県立大学看護福祉学部社会福祉学科
責任著者連絡先: 〒910-1195 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社会福祉学科 岡田隆志

た支援体制を築くとされてからすでに10年以上が経過している。

この間、地域保健対策は大きな変容を遂げた。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本格的に移譲されるようになり、都道府県が設置する保健所（以下、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た。その数は最も多かった1991年の636か所の約55%にあたる359か所（2019年4月1日時点）となっている³⁾。県型保健所の役割は「地域保健対策の推進に関する基本的な指針（最終改正：平成27（2015）年3月27日厚生労働省告示第185号）において、所管区域にある市町村の相談支援体制を強化させていくこととされている⁴⁾。しかし、精神保健福祉業務は住民からの相談や住民への訪問指導等に加え、増加傾向にある措置入院にかかる通報業務への対応⁵⁾から、措置入院者への退院後支援の充実強化⁶⁾、さらには包括ケアシステムの構築を推進するためのリーダーシップを発揮することが求められている⁷⁾。このように県型保健所における業務は、いわゆるハイリスクアプローチからポピュレーションアプローチまでの広範囲にわたっており、多様化したこれらの業務を適切に実施していくためには人員確保が必要となる。ところが、総務省の統計によれば自治体の効率的運営をすすめる行政改革の影響によって、地方公務員数は1994年の約328万人をピークとして、2018年4月時点では約273万人とおおよそ55万人が削減されている⁸⁾。

自治体による精神保健福祉関連業務を定める「保健所および市町村における精神保健福祉業務運営要領」（最終改正：平成26（2014）年1月24日障発0124第4号厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）には、業務体制について単に人員確保だけでなく、単一の課又は係を設けることや多職種のチーム体制を敷くこと、そして専従職員を配置するため精神保健および精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」）第48条の精神保健福祉相談員（以下、相談員）を任命することが謳われている⁹⁾。ただし、相談員制度はその任命が「できる」規定であるため、相談員の配置は各都道府県知事および市町村長の裁量に委ねられている。そのため、都道府県によって専従職員の配置状況は異なり、精神保健福祉士などの福祉専門職が相談員に任命されている場合もあれば、相談員と任命されずに精神保健福祉関連の研修を受講した保健師が業務を担当する場合もある。都道府県ごとの配置の違いは地域特性に応じているとも考えられるが、一方で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。

県型保健所の精神保健福祉業務の人員体制の把握を試みても、厚生労働省が毎年度公表する地域保健・健康増進事業報告（以下、地域保健報告）では保健所ごとの従事者数のみで、業務専従者数は計上されていない。また、これまで全国の保健所を対象とした調査は表1のとおり定期的に行われているが、都道府県ごとの専従者数や職種等が報告されている調査は、2004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共同で行った調査が最後であり、それ以降の調査では全国単位または地方単位で統計がまとめられ、都道府県ごとの数値は報告されていない^{10~14)}。

このように県型保健所における常勤で専従の専門職等職員（以下、専従職員）の配置の特徴が示されていないことは、今後、精神保健福祉業務の平準化などを進めていくうえでも課題といえよう。そこで、本研究では既存の資料と新たに実施された調査データを活用して、都道府県ごとの専従職員の配置状況を体系的に分類したうえで、それぞれの精神保健福祉業務の実施状況（以下、業務実施状況）の傾向を分析することを目的とする。

II 研究方法

1. 対象データ

表1のオの報告書「精神科救急および急性期医療における自治体およ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¹⁴⁾）を用いた。2019年に報告されたこの調査は各都道府県精神保健福祉主管課および全国の保健所あてに実施したものである。その調査項目のうち、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扱った。また、上記調査との比較を行うため、表1のア、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）」（以下、2002年度データ）の県型保健所を対象とした配置状況結果の部分¹⁰⁾を使用した。この報告書は改正精神保健福祉法の施行後、市町村で精神障害者の在宅福祉サービス等が開始された直後に行われた調査であり、結果はすでに公表されている。なお、それぞれの調査書におけるデータ回収方法には違いがあり、2018年度データは県型保健所がそれぞれ回答しているが、2002年度データは精神保健福祉センターが全保健所の数値を取りまとめたうえで回答している。そのため、2002年度データは保健所ごとの数値までは把握できない。

表1 精神保健福祉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 | 主な結果 |
|------------------|---|-------------|---------------------|---|--|
| ア 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 | 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) | 県型保健所446か所, 156支所のうち, 479か所に1,176人の専従職員が配置されていた。各都道府県の専従職員の職種別人員と, 精神保健福祉士の有資格者数も明らかになった。 |
| イ 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) | 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。保健所に配置されている割合は保健師82.2%, 精神保健福祉士21.3%, その他(事務職等)39.6%であった。 |
| ウ 2012年 1月 | 保健所およ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) | 常勤の専従職員の職種と配置割合は, 保健師70.7%, 精神保健福祉士19.7%, 事務職31.4%, 医師0.8%, 臨床心理技術者1.7%, その他専門職9.2%であった。 |
| エ 2015年 3月 | 保健所およ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 | 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) | 常勤の専従職員の職種と人員は, 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0.2(SD=0.4), 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。 |
| オ 2019年 3月 | 精神科救急および急性期医療における自治体およ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%) | 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) | 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。精神保健福祉相談員の任命を受けている割合は26.9%であった。 |

2. 調査内容

本研究では, 次の2つの仮説を検証する。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, 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差異が生じる」とした。

3. 分析手順と方法

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, 県型保健所は管轄人口規模によって専従職員の人数は異なるが, 各保健所に配置される専門職は各都道府県の条例で定める職員配置基準に則って概ね共通である。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。あわせて, 2002年度データの結果のうち, 未回答であった県と, 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

2018年度データと2002年度データとでは、回答項目で選択できる職種名に違いがあるため、その調整を行った。2018年度データでは選択職種が「医師」「保健師・看護師」「精神保健福祉士」「社会福祉士」「心理技術職」「その他専門職」「事務職」であり、2002年度データでは「保健師」「福祉」「心理」「事務」「その他専門職」に分けられている。そこで、双方のデータの類似性を高めるために一部を統合した。具体的には「保健師・看護師」は「保健師」とし、「精神保健福祉士」と「社会福祉士」と「福祉」は「福祉専門職」に、「医師」と「心理技術職」と「心理」は「その他専門職」として含め、「事務」は「事務職」へと分類した。

3) 分析方法

まず2018年度データと2002年度データそれぞれの結果について、「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、2変数の構成要素間の関係を探るためにコレスポンデンス分析を行った。コレスポンデンス分析は、数理的に原点からの距離でその特徴を図ることが可能であり、変数間、個体間の距離についてその類似性や近似性を視覚的に表示することができる。また、関連の強いカテゴリーは近くに布置されるため、その距離から関係性も推定することができる。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、階層型クラスター分析を行った。この分析法はデータ間の類似度を定義し、その類似度の近いものから順にまとめていく方法である。クラスターが結合していく段階で、一つのクラスターに個体が一つずつ順に吸収されていく鎖効果が少ないWard法を用いて、個体間の距離は標準ユークリッド距離で測定した¹⁵⁾。

次に、地域保健報告のうち、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人あたりの実施件数を計算した。同事業報告は公表されている最新のデータが平成29（2017）年度であるため、その数値を取り扱った¹⁶⁾。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、たとえば管轄人口が小規模な保健所であれば1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計上できないことがあり得る。そこで本研究では「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。

続いて、再計算した業務統計の結果について、専従職員配置状況の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とから、各項目の中央値（四分位）のデータをもとに比較するKruskal-Wallis検定による多群間の差の検定を行った。なお、すべての分析処理にあたっては、IBM SPSS Statistics 26を用いた。

4. 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（承認番号19-01 2019年8月1日承認）。

Ⅲ 分析結果

2018年度データと2002年度データともに有効と認められた34都道府県を分析対象とした。そのため、2018年度データの回答保健所総数238のうち84.0%にあたる34都道府県分の200保健所の回答を取り扱った。なお、34都道府県における保健所の有効回答割合の平均値は0.74（標準偏差±0.19）であった。

1. 県型保健所の専従職員配置状況

1) 職種別の平均配置数

表2のとおり2018年度の専従職員における職種別

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 対象保健所数：200 | 総 数 | 366 | 135 | 50 | 63 | 614 |
| | 平均値 | 1.83 | 0.68 | 0.25 | 0.32 | 3.07 |
| 2002年度 対象保健所数：335 | 総 数 | 459 | 183 | 57 | 124 | 823 |
| | 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 「都道府県」と「専門職種」の布置 (2002年度)

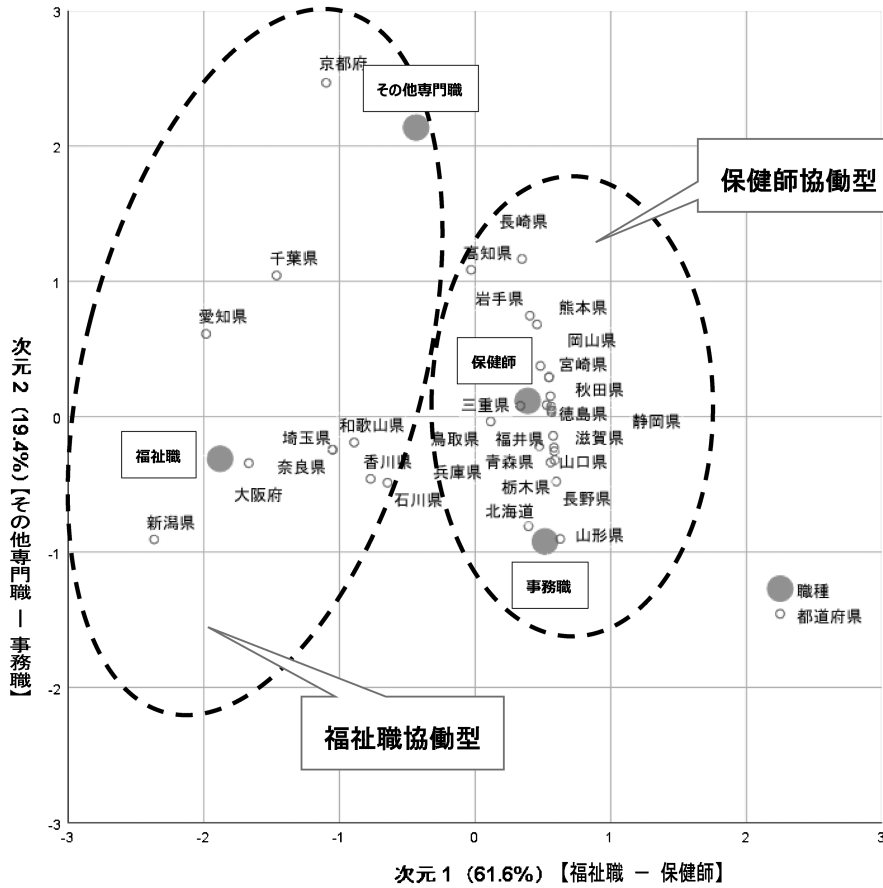
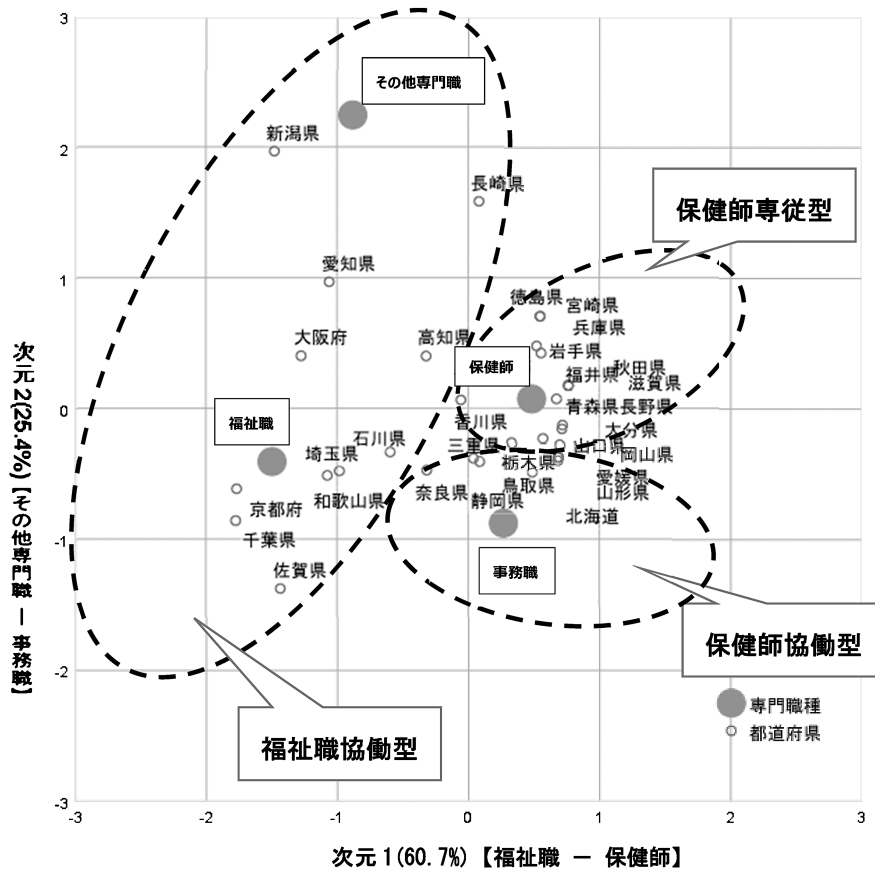


図2 「都道府県」と「専門職種」の布置 (2018年度)



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。

2) 都道府県と専従職員配置状況との関係

図1・2は、2018年度データと2002年度データをもとにしたコレスポンデンス分析結果の散布図である。元のデータの情報集約の割合を示す累積寄与率が、2018年度データでは2次元までで86.1%（1次元60.7%、2次元25.4%）、2002年度データでは2次元までで81.0%（1次元61.6%、2次元19.4%）であった。両データともに元データの8割以上を示していること、また、スプリプロットを見て平行に近くなったと判断したため、次元1と次元2を採択した。

次元ごとの分散（イナーシャ）に対するポイントの寄与率から、どの職種が支配的であるかを見てみると、2018年度データの1次元は「保健師」と「福祉職」が全体の91.7%を占めていて、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（図2）。2002年度データでも支配的な職種は同じ傾向であり、1次元では「保健師」と「福祉職」

職」で全体の92.9%、2次元では「その他専門職」と「事務職」が全体の93.9%を占めた（図1）。両方のデータともに「保健師」が原点に近いところにプロットされている。相対的に出現数が多いカテゴリーが原点付近に布置される傾向があることから、全国的には保健師が精神保健福祉業務を主に担っていることがわかった。

3) 都道府県ごとの類型化

クラスター分析によって類型化された属性の都道府県を図1・2の散布図上に楕円で囲んでいる。専従職員の職種別の特徴は2002年度データでは2類型に分けられ、2018年度データでは3類型になると解釈できた。それぞれのクラスターによる専従職員の職種別配置割合の平均は図3・4のとおりである。

まず、図3の2002年度データにあるクラスター1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」などの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。クラスター2は「福祉職」がおよそ半数でそれ以外が「保健師」や「その他専門職」等で構成されていることから、名称を「福祉職協働型」とした。図4の2018年度データにおいても「保健師協働型」と「福祉職協働型」は同じく分類されているが、さらにクラスター3が追加された。クラスター3は「保健師」の割合がおよそ9割と、ほぼ単一職種で業務を担っていること

図3 2002年度クラスター別 専従専門職の割合

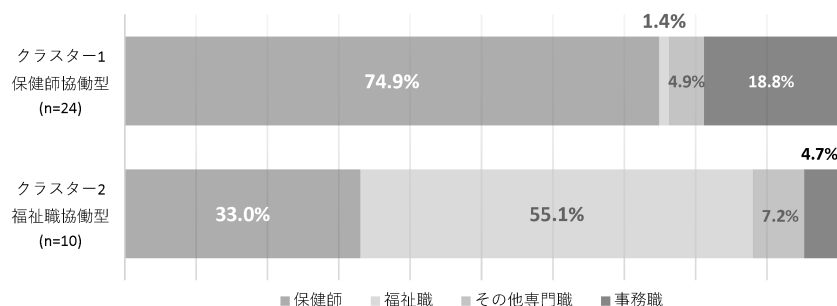


図4 2018年度クラスター別 専従専門職の割合

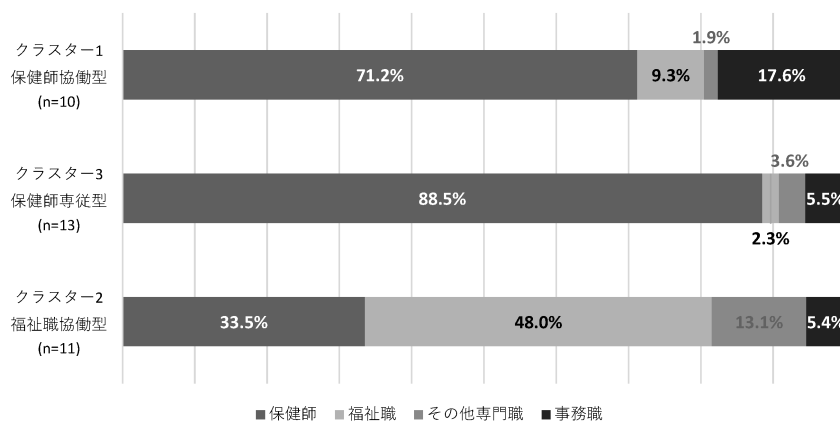
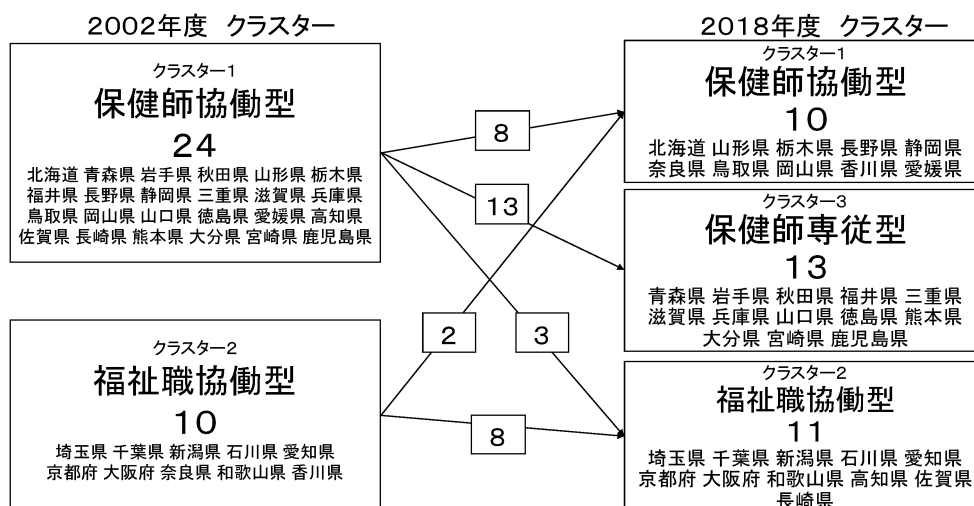


図5 2002年度クラスターから2018年度クラスターへの移行状況



※宮城県、福島県、茨城県、東京都、神奈川県、山梨県、群馬県、富山県、岐阜県、島根県、広島県、福岡県、沖縄県を除く

表3 平成29（2017）年度 有効回答保健所の保健所体制および業務実施状況

記述統計量

| | 度数 | 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） | 200 | 799 | 11 | 810 | 121.50 | 169.00 | |
| 管轄市町村数 | 200 | 14 | 1 | 15 | 4.00 | 3.00 | |
| 専従職員数 | 200 | 12 | 1 | 13 | 2.00 | 2.00 | |
| 【業務実施状況】 | | | | | | | |
| 専従職員 1人あたり | 相談（実人数） | 200 | 247.5 | 0.5 | 248 | 28.75 | 35.50 |
| | 相談（延べ人数） | 200 | 1,228 | 1.5 | 1,229.5 | 61.17 | 82.15 |
| | 訪問指導（実人数） | 200 | 123.33 | 0 | 123.33 | 17.00 | 17.48 |
| | 訪問指導（延べ人数） | 200 | 321.5 | 0 | 321.5 | 41.00 | 54.91 |
| | 電話（延べ人数） | 200 | 3,185.25 | 9.25 | 3,194.5 | 225.25 | 283.63 |
| | 家族教室（回数） | 200 | 14.33 | 0 | 14.33 | 0.50 | 1.80 |
| | 地域交流会（回数） | 200 | 5 | 0 | 5 | 0.00 | 0.00 |
| | 組織育成支援（回数） | 200 | 100.5 | 0 | 100.5 | 2.63 | 6.00 |
| | 研修会（回数） | 200 | 44 | 0 | 44 | 0.76 | 1.86 |
| | 市町村援助（回数） | 200 | 167.5 | 0 | 167.5 | 0.00 | 2.29 |

注：中央値および四分位で、「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。

から、名称を「保健師専従型」とした。

4) 2002年度から2018年度における類型の移行状況

図5に類型化されたクラスターに含まれる都道府県名とそれぞれの移行状況を示した。2002年度データでは「保健師協働型」であった24か所のうち、2018年度データも「保健師協働型」であった都道府県は8か所、「保健師専従型」に移行したのは13か

所、「福祉職協働型」に移行したのは3か所であった。一方、2002年度データでは「福祉職協働型」であった10か所のうち、そのまま「福祉職協働型」であった都道府県は8か所、「保健師協働型」に移行したのは2か所であった。

2. 県型保健所の体制および業務実施状況

1) 基本情報

2018年度データでの回答保健所における保健所体

表4 平成29(2017)年度 類型ごとの保健所体制および業務実施状況の差

| | 全 体 (n=200) | | 保健師協働型 (n=47) | | 保健師専従型 (n=71) | | 福祉職協働型 (n=82) | | 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) | 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) | 122.00 | (165) | 88.00 | (100) | 160.50 | (211) | 0.002** | 0.001** 福祉職協働型 > 保健師専従型 |
| 管轄市町村数 | 4.00 | (3) | 5.00 | (4) | 3.00 | (2) | 3.50 | (3) | 0.000*** | 0.000*** 保健師協働型 > 保健師専従型 0.001** 保健師協働型 > 福祉職協働型 |
| 専従職員数 | 2.00 | (2) | 4.00 | (5) | 2.00 | (2) | 3.00 | (2) | 0.000*** | 0.000*** 保健師協働型 > 保健師専従型 0.000*** 保健師協働型 > 福祉職協働型 |
| 【業務実施状況】 | | | | | | | | | | |
| 相談 (実人数) | 28.75 | (35.50) | 28.29 | (42.00) | 28.00 | (31.00) | 35.75 | (44.28) | 0.495 | |
| 相談 (延べ人数) | 61.17 | (82.15) | 49.67 | (90.00) | 52.00 | (72.00) | 68.25 | (194.94) | 0.025* | 0.022* 福祉職協働型 > 保健師専従型 |
| 訪問指導 (実人数) | 17.00 | (17.48) | 18.50 | (25.28) | 14.00 | (13.50) | 19.00 | (17.98) | 0.206 | |
| 訪問指導 (延べ人数) | 41.00 | (54.91) | 47.67 | (71.00) | 30.00 | (42.00) | 54.50 | (52.50) | 0.001** | 0.023* 保健師協働型 > 保健師専従型 0.002** 福祉職協働型 > 保健師専従型 |
| 電話 (延べ人数) | 225.25 | (283.63) | 189.00 | (283.67) | 238.00 | (276.00) | 238.33 | (266.75) | 0.136 | |
| 家族教室 (回数) | 0.50 | (1.80) | 0.60 | (2.00) | 0.33 | (2.00) | 0.55 | (1.64) | 0.375 | |
| 地域交流会 (回数) | 0.00 | (0.00) | 0.00 | (0.20) | 0.00 | (0.00) | 0.00 | (0.00) | 0.715 | |
| 組織育成支援 (回数) | 2.63 | (6.00) | 3.00 | (8.17) | 3.00 | (8.00) | 2.00 | (4.36) | 0.058 | |
| 研修会 (回数) | 0.76 | (1.86) | 0.78 | (1.83) | 1.00 | (2.00) | 0.67 | (1.27) | 0.716 | |
| 市町村援助 (回数) | 0.00 | (2.29) | 0.00 | (0.33) | 0.00 | (0.67) | 0.00 | (5.00) | 0.009** | 0.043* 福祉職協働型 > 保健師協働型 0.021* 福祉職協働型 > 保健師専従型 |

検定：Kruskal-Wallis 検定 多重比較：Bonferroni 法，* $P < 0.05$ ，** $P < 0.01$ ，*** $P < 0.001$

注：中央値および四分位で、「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。

制および業務実施状況の記述統計量は表3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1人あたりの件数(回数)を載せている。保健所体制では、管轄市町村数や人口規模に違いがあり、たとえば管轄人口では最小が11千人、最大が810千人であった。業務実施状況をも、たとえば専従職員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1,229.5件と数値に開きがあった。

2) 類型ごとの保健所体制および業務実施状況の差

類型ごとの保健所体制および業務実施状況の差は表4のとおりである。クラスター別の都道府県数お

よび回答保健所数は「保健師協働型」には1道9県にある47保健所、「保健師専従型」には13県で71保健所、「福祉職協働型」には2府9県で82保健所であった。

Kruskal-Wallis 検定によって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では、有意差が生じた項目のみ説明する。まずは、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 ($P = 0.001$)。続いて、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 ($P < 0.001$, $P < 0.001$)。次に、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 ($P=0.002$)。最後に市町村援助回数であるが、「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、市町村援助回数における中央値はいずれも0.00である。Kruskal-Wallis 検定およ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。そのため有意差が生じたと判断した。

Ⅳ 考 察

本研究では既存のデータと新たな調査結果を組み合わせて、県型保健所専従職員の配置状況に焦点化した調査を行った。2つの仮説の検証結果をもとに考察を進める。

仮説1の「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」は支持された。2002年度は改正精神保健福祉法の施行により、精神保健福祉業務の一部が都道府県から市町村に移管された年である。それ以降、2006年度に障害者自立支援法（現：障害者総合支援法）や自殺対策基本法の施行などをはじめ、精神保健福祉関連事業の実施主体は市町村に拡大していった。その間に県型保健所数は88か所削減されていることから、2018年度の1保健所あたりの専従職員数は2002年度と比べて0.61人分増加していたが、単純にマンパワーが充実したとは言い難い。一方で、市が設置する保健所数は2018年4月1日時点で109か所と毎年のように増えている、県型保健所と市営保健所の設置数の比率はおおよそ3:1となっている。宇田¹⁷⁾によれば、対象の人口比率は概ね1:1と同等であるが、国土の対象区域の比率は概ね9:1であり、県型保健所は広域をエリアに持ち、人口規模が比較的小さな市町村を管轄していることが明らかになっている。従来の住民からの相談や通報対応に加え、各市町村の特性に応じた支援が必要とされる県型保健所にとって、設置数削減によって管轄区域がより広範囲になっているため、0.61人分増えたとはいえ、業務量に見合った増員とは言い難いと考えられる。

次に職種別の専従職員を都道府県ごとに類型化した結果、2002年度の2類型に対して2018年度が3類型となった要因を考察する。2002年度の散布図である図1と2018年度の図2を比較すると、専門職種の布置にはほぼ変化はなく、1次元目の保健師主体と福祉職主体の分離が重要である。一方、2次元目については変化が生じており、主に保健師主体の中で事

務職が存在するグループとほぼ保健師しかいないグループに分離が生じている。これは2次元目における寄与率が2002年度データの19.4%から2018年度データでは25.4%と、およそ6%高くなったことから、2次元目で支配力が大きい「その他専門職」「事務職」の増加の影響を受けて、保健師主体の群が2つに分かれたと考えられる。この寄与率が高まった背景には、2002年度データと2018年度データとで福祉職職員の回答選択項目が異なることが影響していると考えられる。2002年度データでは職種の選択項目が「福祉」となっており、ここには精神保健福祉士や社会福祉士取得者と並んで社会福祉主事等の任用資格者も含まれていた。しかし、2018年度データの回答項目は上記2種類の国家資格取得者ではない福祉職採用職員は「その他専門職」にカウントされる。近年の福祉職採用では国家資格取得を条件とする都道府県が専らとなったものの、そうではない都道府県もあり、その分「その他専門職」の割合が高まったことが影響していると考えられる。

続いて、図5で示した類型ごとの都道府県の移行状況から、多くの都道府県では精神保健福祉業務を保健師が主に行っているなかで、2002年度データで「福祉協働型」に含まれた都道府県のうち、2018データにおいても「福祉協働型」から変動のなかった都道府県が8か所あることがわかる。そのうち7か所の都道府県では「福祉職」あるいは「その他専門職」職員を首長が精神保健福祉相談員として任命をしていた¹⁴⁾。この相談員制度は精神衛生法改正時に創設されたものであるが、相談員が任命されている都道府県では福祉職が主体となって精神保健福祉業務を行っていることが示唆された。

続いて、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差異が生じる」も一定以上支持された。2018年度データの3類型それぞれの業務実施状況について順位の平均値の差を検定したところ、従事者1人あたりの相談延べ人数など3項目で「福祉職協働型」が「保健師専従型」よりも有意に高いことがわかった。先述のとおり「福祉職協働型」の都道府県の多くは相談員が任命されており、彼らは異動があっても精神保健福祉担当になることが想定される。そのため、精神保健福祉に関する経験やノウハウが蓄積され、それらを活かして業務を行えることで、相談や訪問指導等につけられる時間を比較的多く割けるのかもしれない。実際、相談・訪問指導の実人数は類型間の有意差が生じていなかったことから、「福祉職協働型」では1事例あたりに行う相談等の対応回数が他の類型より多くなっていると言えよう。ただし、先述の表4からもわかるとお

り、類型ごとの保健所体制の違いは留意しなければならない。「保健師専従型」は他の類型と比べると、専従職員数が少ないことがわかる。専従職員数は管轄市町村数や人口に応じて適当な人数が配置されるが、専従職員が少ないほど1人の職員に各種事業の担当が集中してしまうことになるため、複数人で分担できる組織とは職員による業務の進め方などに違いが生じることが想定される。そのため、たとえば支援の継続が必要な事例については他機関に対応を依頼しているなど、限られたマンパワーでも業務を遂行するための工夫を凝らしている可能性がある。

もう1項目、市町村援助の回数で有意差が生じた要因を考えたところ、市町村は様々な職種から技術支援を求めている可能性がある。例えば市町村の保健師が精神保健福祉相談のケースについて県型保健所に技術的な支援を求める際、同職種ではなく、精神保健福祉士のような他職種からの助言を期待する場合が考えられる。また、県型保健所の保健師について、池上ら¹⁸⁾の研究によれば精神保健福祉業務の困難さを一定程度抱えていることが明らかになっている。その理由としては、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での業務を担当するため、業務経験がその都度中断してしまつて経験値が積みあがりにくいことが影響している可能性がある。他方、「福祉職協働型」の福祉職等は相談員を任命されて、精神保健福祉分野を主で行うため、技術支援を行うまでの実践経験が積みあがりやすいことが考えられる。ただし、市町村援助回数の差を比較する際に注意することが2点ある。一点目は類型ごとの保健所体制に違いがあることである。「福祉協働型」は平均して管轄人口が他類型に比べて多いが、一方で専従職員数や市町村数は全体平均に近く、職員数や市町村数が多い「保健師協働型」と比べても実施回数は多い。つまり、専従職員数等に実施回数が比例しているわけではないことから、保健所体制が大きく関連しているとは言い切れないと考える。もう一点は、今回扱ったデータにおいて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ことである。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。その理由については、対象とした統計において市町村援助を計上できる条件が相当限定されているためと考えられる。地域保健報告の作成要領によれば、市町村からの依頼であっても個々のケースを保健所業務として担当した場合や、市町村との業務打合せ会や事例検討会への参加した場合などは計上できないとされている。つまり、県型保健所にとって直接的な相談等ではない、市町村主体の業務に協力したケースのみ

計上できることになる。しかし、2012年の地域保健対策検討会報告書¹⁹⁾では、県型保健所から市町村への支援は市町村からの求めの有無にかかわらず、協働的なかわりのなかで行うべきであることを保健所の機能強化策として謳っている。実際、岡田²⁰⁾の調査でも県型保健所の技術支援は市町村との協働的な支援のなかで行われていることが示された。そのため、回数を0回と報告した県型保健所が必ずしも市町村に必要な援助をしていないということではなく、当該報告には計上されない協働的な援助が行われているのではないかと推察できる。

ただし、それらを踏まえても、これからの県型保健所は「福祉協働型」のような保健師と精神保健福祉士など複数の専門職がチームを組む専従職員の配置体制となることが、適切かつ効率的な業務遂行のためには必要となるのではないかと考える。このような体制づくりの必要性は、全国保健所長会が2019年に国に提出した要望書からもうかがえる。そこには、保健師に専門的研修を提供することとあわせて、保健所に精神保健福祉士を専従配置するための財政的な措置を行うことが含まれている²¹⁾。

最後に、本研究の限界について記す。今回はいくつかの調査の結果を組み合わせた探索的調査による分析であり、調査対象がすべての都道府県ではなく34か所となったことである。また、先行研究の乏しさが影響して、現状を反映する2018年度データと比較ができたのが2002年度データのみであり、経年の変化を確認することができなかったことである。近年の目まぐるしく変化する施策の動きを踏まえれば、継続調査を行うことが望ましい。本研究の調査方法をもとにして、今回対象外となった3割弱の都道府県データを含めた調査を経年的に行うことができれば、より精緻な分析ができると考えられる。

V 結 語

本研究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。結果として、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ことが支持され、2018年度データの専従職員の配置状況より都道府県を3類型に分けて、それぞれの業務実施状況を比較した。結果では「福祉協働型」が専従職員1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傾向がわかり、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ことも一定程度支持された。

本研究のためにデータを提供していただいた公益財団法人復康会沼津中央病院の杉山直也院長をはじめとした調査研究チームの皆さまにお礼を申し上げます。また、ご指導ご助言をいただいたルーテル学院大学福島喜代子教授に厚くお礼を申し上げます。なお、開示すべきCOI状態はない。

(受付 2020. 2. 19)
採用 2020. 6. 3)

文 献

- 1) 厚生労働省. 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. 2017. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029.html> (2020年1月15日アクセス可能).
- 2) 厚生労働省精神保健福祉対策本部. 精神保健医療福祉の改革ビジョン. 2004.
- 3) 全国保健所長会. 保健所数の推移 (厚生労働省健康局健康課地域保健室調べ). 2019. <http://www.phcd.jp/03/HCsuii/index.html> (2020年1月15日アクセス可能).
- 4) 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課 地域保健室. 地域保健法第四条第一項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針. 2015.
- 5) 山内千恵美, 兼城佳弘, 岡田隆志, 他. 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 2019; 22: 74-82.
- 6) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長. 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. 2018.
- 7) 日本能率協会総合研究所. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引き. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業. 2019.
- 8) 総務省. 地方公共団体の総職員数の推移. 2019. <https://www.soumu.go.jp/iken/kazu.html> (2020年1月15日アクセス可能).
- 9) 厚生省大臣官房障害保健福祉部長. 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) 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. 障発第251. 2000.
- 10) 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. 2003【平成16】全国精神保健福祉専任従事者調査報告書. 2004.
- 11) 宮崎紀枝. 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. 2008.
- 12) 日本精神保健福祉連盟. 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. 2012; 7-58.
- 13) 桑原 寛. 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. 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 平成26年度障害者総合福祉推進事業. 2015; 5-34.
- 14) 塚本哲司. 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. 2019; 142-168.
- 15) 宮本定明. クラスタ分析入門. 東京: 森北出版. 2006; 88-117.
- 16) 厚生労働省. 地域保健・健康増進事業報告 (地域保健・老人保健事業報告). 2019. <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001030884> (2020年1月15日アクセス可能).
- 17) 宇田英典. 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 2018; 82: 210-215.
- 18) 池上由美子, 後閑容子, 石原多佳子. 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—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— . 日本地域看護学会誌 2015; 18: 110-117.
- 19) 地域保健対策検討会. 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〜. 2012. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000027ec0.html> (2020年1月15日アクセス可能).
- 20) 岡田隆志. 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 2017; 64: 607-618.
- 21) 全国保健所長会. 令和2 (2020) 年度保健所行政の施策及び予算に関する要望書. 2019. <http://www.phcd.jp/02/sengen/> (2020年1月15日アクセス可能).