

市町村及び保健所保健師等の精神保健福祉業務に係る業務量の把握及び地域包括ケアシステムの構築に向けた必要な業務量の算定に資する研究

研究代表者：藤井千代（国立精神・神経医療研究センター）

研究分担者：岡田隆志（福井県立大学）

森永裕美子（岡山県立大学）

河野稔明（国立精神・神経医療研究センター）

要旨

本研究では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（本システム）」を市町村などの基礎自治体を基盤として構築していくうえで求められる業務内容と人員配置に係る課題を明らかにし、本システムを構築している自治体において精神保健福祉に係る業務を実施している職員の業務内容・業務量調査を実施することにより、本システムを実装するために必要とされる人員体制に係る基礎資料を作成することを目的に、①既存データの2次分析、②自治体インタビュー、③精神保健福祉業務のタイムスタディを実施した。市町村における精神保健福祉業務は、保健師がその多くを担っていることが示唆された。精神保健福祉士の常勤配置のある自治体の実数は少なく、精神保健福祉業務を担う保健師のうち、精神保健福祉相談員の資格を持つ者は極めて少数であり、多くの市町村においては精神保健福祉を専門とする職員が不足しているものと推察された。一方、市町村における精神保健相談数はこの20年間で大幅に増加しており、精神保健相談のニーズの高さがうかがえる。精神保健福祉業務のタイムスタディからは、精神保健福祉および本システム構築業務を担当している専門職は、業務の約7割を精神保健福祉関連業務に充てていた。他方、保健師活動領域調査においては、市町村常勤保健師が精神保健福祉業務に充てる時間は、平均で全業務の1.8%であり、精神保健専門職の配置がない多くの自治体では、地域の精神保健福祉関連の支援ニーズへの対応が困難であると推察された。国が目指す地域共生社会の構築において欠かすことのできない本システムを、市町村を基盤として構築していくためには、個別支援が業務の中心となる精神保健専門職と、関係機関との連携・協力等の調整機能を担う管理職の配置など、市町村における人的資源の充実が急務である。

A. 研究の背景と目的

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、「本システム」）は、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すことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたシステムであり、地域共生社会の実現に向かっていく上で欠かせないものである。また厚生労働省で実施さ

れた本システムに係る検討会においては、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り、保健所及び精神保健福祉センターによる重層的な連携が重要であるとされた。

現在我が国の地域保健福祉は、地域保健法や社会福祉法等に基づき、高齢者を対象とした包括ケアシステム、自殺対策、生活困窮者対策、母子保健等、その多くの業務が市町村を中心として実施されている。これらの業務

を実施するにあたっては、精神保健の視点が重要であることは、申請者が代表を務める厚生労働科学研究「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」において実施した市町村調査（回答率 72.8%）の結果からも明らかであった。特にいわゆる 8050 問題やひきこもり等のアンメットニーズや複雑困難事例と精神的不調（精神障害を含む）は強く関連しており、市町村における精神保健活動の充実には共生社会を目指すうえで急務であることは論をまたない。このため、本システムの構築においては、従来の精神障害者支援の充実とともに精神保健を重視する必要があるが、精神保健福祉法においては、精神保健は市町村の「努力義務」であり、取り組み状況は自治体によって大きく異なっている。

今後、本システムを市町村などの基礎自治体を基盤として構築していくにあたっては、本システム構築のために求められる業務内容や業務量を明らかにし、それらを担う人員の配置を適正に進める必要がある。このため本研究では、自治体へのインタビューを通じて本システム構築に係る業務内容と人員配置に係る課題を明らかにしたうえで、市町村及び保健所における保健師、精神保健福祉士等の精神保健福祉に係る業務量調査を実施する。これにより、本システムの構築に向けた業務内容等の実態を明らかにするとともに、地域包括ケアシステムを実装するために必要とされる人員数等を推計し、施策の発展に向けた検討のための資料の作成、政策提言につなげることを目的とする。

B. 方法

〈既存データの 2 次分析〉

- ① 令和 2 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「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」（研究代表者：藤井千代）の分担研究「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究」（研究分担者：野口正行）

において全国の市区町村（N=1741）を対象として実施した「市区町村の精神保健福祉業務に関する調査」（回答率 72.8%）の結果のうち、政令市、中核市、保健所設置市、特別区を除く市町村の保健・福祉部門における専門職配置状況に関する 2 次分析を行う。

- ② 統計法に基づいて実施される、地域保健・健康増進事業報告のデータの 2 次分析を行い、最近 20 年の精神保健関連業務および市町村における人員配置の変化を明らかにする。

〈自治体インタビュー〉

人口規模等が異なる自治体における本システム構築推進状況と業務内容を把握するため、全住民を対象とした包括ケアシステムの先行事例である愛媛県愛南町、川崎市、本システム構築の取り組みを開始しているつくば市、米子市にオンラインインタビューを実施した

〈精神保健福祉業務のタイムスタディ〉

調査対象は、市町において精神保健福祉業務と本システム構築業務を担当している専門職 6 名（保健師 2 名、精神保健福祉士 3 名、社会福祉士 1 名）とした。調査対象者のリクルートにおいては全国精神保健福祉相談員会（精神保健福祉業務に従事している公務員等で構成されている任意団体）に調査対象候補者の選定を依頼した。前述の 6 名が選定され、全員より研究協力への同意が得られた。

調査対象者は、2022（令和 4）年 1 月 17 日より 4 週間の業務内容及び時間を「業務量把握シート」（別紙）を用いて記入した。業務量把握シートとは、自治体職員が業務を行った際に、毎回どのような業務をどの程度の時間提供したかについて、業務内容をコード化したカテゴリーを選択し、業務時間を記載するシートであり、各調査対象者が 1 日 1 枚記載した。

倫理的配慮

本研究は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 結果

〈既存データの2次分析〉

全国の市区町村（N=1741）を対象として実施した「市区町村の精神保健福祉業務に関する調査」に回答のあった1267市区町村のうち、政令市、中核市、保健所設置市、特別区を除いた1173市町村につき、市町村の人口規模別に保健部門および福祉部門の専門職配置状況の集計を行った。結果を表1、2に示す。

地域保健・健康増進事業報告のデータより、最近20年の市町村における精神保健相談の推移を図1に示す。さらに、同データより、市町村精神保健専門職（精神保健福祉士、精神保健福祉相談員）の推移を図2に示す。常勤の精神保健福祉士の配置については、1999年から2004年にかけて急激に増加し、2005年以降は緩やかな減少傾向にあった。常勤の精神保健福祉相談員については、1999年以降、年度により増加・減少の変動が見られるが、全般的にはゆるやかな線形の減少傾向にあった。また、人員推移パターンを常勤、非常勤精神保健福祉士両群の最大値で標準化し比較したところ、図3に示す通り、常勤の減少傾向と非常勤の増加傾向が明らかとなった。

〈自治体インタビュー〉

自治体インタビューより抽出された、本システム関連業務を図4に示す。自治体本システム構築により個別支援に係る業務が増えること、専門職1人あたりが担当する個別支援対象者の人数の増加傾向が著しく、必要な支援を提供するのが困難となる状況もしばしば生じていること、そのため専門職の増員が必要であることは共通の課題として挙げられ

た。本システム構築にあたっては、他分野との連携が重要となるが、連携業務は非常勤職で対応することが困難であり、常勤配置が必要であること、保健師のスキルアップを求める声も各自治体共通であった。

〈精神保健福祉業務のタイムスタディ〉

A市（中核市）2名（1名は管理職）、B市（一般市）2名（1名は管理職）、C市（一般市）1名（管理職）、D町1名の6名がタイムスタディを実施した。

各市町の人員態勢、精神保健相談実施状況等を表3に示す。大分類項目別の業務時間割合は図5に示す通りであり、6名の平均では全業務時間の67.8%が本システムに関連する精神保健福祉業務であった。各調査対象者の業務内容別勤務時間を表4～6および図6、調査対象者へのインタビュー結果を表7に示す。

D. 考察

既存データの2次分析（表1、2）より、市町村における精神保健福祉業務は、保健師がその多くを担っていることが示唆された。保健部門においては、人口規模の大きい自治体においては精神保健福祉士を配置する割合が増え、精神保健福祉業務を担う保健師が配置されている割合が少なくなる傾向が認められ、その傾向は福祉部門においてより顕著であった。しかしながら、精神保健福祉士の常勤配置のある自治体の実数は少なく、精神保健福祉業務を担う保健師のうち、精神保健福祉相談員の資格を持つ者は極めて少数であり、多くの市町村においては精神保健福祉を専門とする職員が不足しているものと推察される。

図1に示す通り、市町村における精神保健相談数はこの20年間で大幅に増加しており、精神保健相談のニーズの高さがうかがえる。しかしながら、図2、3に示す通り、精神保健福祉を専門とする精神保健福祉士や精

神保健福祉相談員の数 は 2004（平成 16）年をピークに常勤者数が右肩下がりとなり、非常勤（会計年度任用）職員でマンパワーの不足を補っている状況であると考えられた。

自治体へのインタビューからは、個別支援に係る業務が増大しており、現状のマンパワーでは精神的な不調を抱えた人への必要なサービス提供が困難となっていることや、会計年度任用職員では責任ある業務を担うことが困難であり、常勤職員の負担が増大している実態がうかがえたが、既存データの 2 次分析でもそれを裏付ける結果となっている。

タイムスタディの結果からは、精神保健専門職は、全業務時間の約 7 割程度を本システムに関連する精神保健福祉業務に充てていることが示された。本システムに関連する精神保健福祉業務以外の業務の多くは COVID-19 関連業務であり、調査時期が、自治体が COVID-19 感染対策に多くのエフォートを割かれていた時期と同時期であったことが影響しているものと考えられる。すなわち、通常時であれば、市町村の精神保健専門職は、より多くの時間を精神保健福祉業務等に充てているものと推察される。本研究においては、精神保健専門職以外の専門職のタイムスタディを実施していないため、直接的に業務内容や時間の比較をすることはできない。そのため、表 1、2 より多くの自治体で保健師が精神保健福祉業務を担当している実態を鑑み、保健師活動領域調査のデータを参照したところ、2018（平成 30）年の「市町村常勤保健師の活動状況 活動項目別」では、市町村保健師が精神保健業務を実施した時間は平均で全体の 1.8%であった。このことから、精神保健専門職の配置のない多くの自治体では、地域の精神保健福祉関連の支援ニーズへの対応が困難であると推察される。

精神保健専門職の業務内容としては、個別支援に最も多くの時間が充てられていたが、管理職においては、関係機関からの依頼に基づく連携・協力に充てる時間の占める割合も

多かった（図 6）。自治体インタビューからは、複数の精神保健専門職が配置されている自治体であっても、個別支援に十分な時間を割くことができない実態が明らかとなっている。精神疾患等のメンタルヘルス不調を有する人は不調に気づかず、気づいていてもどこに相談すればよいかわからない、あるいはスティグマなどの影響から相談を躊躇する傾向がしばしば認められることから、地域における精神保健福祉関連の支援ニーズは事例化が顕著になるまで表面化しないことも多いことが知られている。本システムにおいては、市町村の精神保健・予防を充実させることにより、支援ニーズのある人に適時適切な支援を提供し、危機的状態に陥る前に対処することが重要である。しかしながら多くの市町村における現状の人員体制では、精神保健・予防活動が十分に行えない状況にあることが本研究より示唆された。

前述のように、精神保健福祉関連の支援ニーズは潜在化しているものが多く、本システムの構築・運用のために必要な人員を正確に算出することは困難である。しかしながら、本研究の結果からは、表面化した精神保健支援ニーズのみの集計からも地域の精神保健支援ニーズの増加は明らかであるにもかかわらず、精神保健専門職の配置が進んでいないことは明らかである。現在、国は地域共生社会の実現のためのさまざまな施策を実施しているが、地域における対応困難ケースの多くに精神保健の問題が関係していることが知られている。真に地域共生社会の実現を目指すのであれば、地域の精神保健福祉支援の充実喫緊の課題である。本研究からは、各自治体において、個別支援が業務の中心となる精神保健専門職と、関係機関との連携・協力等の調整機能を担う管理職の配置が望ましいことが示唆された。市町村において精神保健福祉業務と本システム構築業務を担当している専門職としては、保健師、精神保健福祉士等が考えられるが、現実的にはそれらの職種の人

員確保は困難な自治体もあることも予想される。また、精神保健福祉業務を適切に遂行するためには、当該業務の担い手の資質向上が不可欠である。このため、精神保健福祉相談員の研修について、対象職種やカリキュラム、受講方法の見直しを行うなど、資質向上のための具体的方策について検討していく必要があると考えられる。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを、市町村を基盤として構築していくためには、多くの市町村と、市町村をバックアップする保健所、精神保健福祉センターにおける人的資源の確保並びに質の充実が急務である。

E. 健康危険情報

なし

F. 発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし