

2 研究の方法

精神障害者に係わる専門機関や施設等における専門職の養成研修の実態を把握するために、次の3つのレベルで調査する方法が主軸となった研究手法をとることとした。

第1には、その研修機関および専門職団体等における研修の実施状況について、既存の報告書を収集し、その報告内容および聞き取り調査から現状を把握した。

第2に、国（国立精神保健研究所）および都道府県の研修実施機関（精神保健福祉センター）における研修の実態を把握するために、研修担当者への聞き取り調査を実施した。

第3に、『精神保健福祉法』に位置づく専門職（精神保健福祉相談員）を対象にした研修ニーズ・意識調査等の「アンケート調査」を実施した。

これら3つの調査による分析結果から、養成研修に関する課題を整理し、そうした成果を受けて、望ましい養成研修体系のあり方を提示した。

II 分析結果と考察の要点

1 分析結果の要点

精神保健福祉領域の専門職に対する養成研修は、国および都道府県の研修機関と関連団体等が実施している。ところが、三障害を踏まえた統合された研修体系は実施されておらず、各障害ともそれぞれに別建ての研修システムによって展開されていた。精神保健福祉の専門職の研修は、保健・医療機関を中心とした研修体系による実施が中心になっているため、精神科ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）の養成研修の位置づけは、社会福祉領域においても不明確な状況にあった。都道府県における、主たる研修機関の精神保健福祉センターでの実施状況は、全国的に見れば、概ね共通した内容と方法で行われていても、研修担当者の意見には、地域特性に応じて大幅な研修体制の見直しを求めるものが多くみられた。特に、政令市を除く「市町村エリア」を対象とした精神保健福祉研修は、その時々々の課題研修が行われたとしても、体系的な研修がなされておらず、また、「精神保健福祉士」の研修でも法制化直後のため全く準備されていない。

つまり、精神障害者に係わる専門職の人材確保と養成研修とが体系化され、計画的な組み立てではなく、生涯研修として積み上げの方式システムでもない状況であった。精神保健福祉相談員に対する個別的な研修ニーズと意識調査では、精神保健福祉の専門的な研修の重要性を認めてはいても、その体制づくりに対する意見では分かれる結果となり、明確なあり方を示せる結果にはならなかった。

2 考察の要点

精神障害者に係わる専門職、とりわけ福祉専門職の人材確保については、三障害に共通する基盤を踏まえながら、専門性を発揮できる福祉職の確保と養成の体系化が急務である。その専門職の養成および研修方式では、例えば、精神科医の専門性を担保する「精神保健指定医」研修で導入されている生涯型の研修システムの有効性が示唆的である。そして、市町村の特性とその格差を障害保健福祉圏域で調整し、精神障害者数に対する専門職員数の目標値を定め、地域の社会資源に応じた人材確保を、計画的に推進するための養成と研修システムを整備する必要性が認められる。さらには、これまでの研修方法の研究で実証されているOJTの研修効果を踏まえると、従来の研修機関が実施してきたOff-JTを中心とした研修プログラムでは有効に機能せず、障害保健福祉圏域を研修エリアにした出前型の研修方式が有効性を発揮することが予測された。その際、実務研修を推進するための指定医療機関および施設等との協働が欠かせないものであることが前提条件となる。（石川 到覚）

第2章 精神障害者に関わる専門職員の養成研修に関する展開過程

1 ソーシャルワーカーの養成研修

1 社会福祉専門職の制度化の経緯

1951年に施行された社会福祉事業法において、「社会福祉主事」制度は定められた。これはGHQの影響のもと、アメリカのソーシャルワーカーを模したもので、生活保護を中心とした福祉行政において一定の社会的役割を果たしてきた。だが、1950年代後半からの高度経済成長の進展、貧困問題から多様な福祉ニーズへの広がり、市部福祉事務所等における資格取得が進まない状況などを背景に、「三科目主事」と呼ばれるなど、後に多くの問題点が指摘された。

社会福祉主事における専門職制度の問題と併せて、1971年の「社会福祉施設整備緊急5ヶ年計画」との関連で、急増する施設におけるマンパワー対策の重点課題として、新たな資格をつくろうという動きが起こった。1971年4月、全国社会福祉協議会内の委員会は「社会福祉事業法に関する中間答申（第2号）—社会福祉専門職制度について—」のなかで、すべての福祉専門職を含み、公的機関のソーシャルワーカーと施設職員、保母（現・保育士）、寮母という三者を独立的に併立させ、これらを包含する立法化を提言した。これを受けて同年11月、中央社会福祉審議会に職員問題専門分科会が設けられ、「社会福祉士法制定試案」が出された。この試案では、前身となる中間答申と同様に、医療・学校・司法・産業ソーシャルワークといった包括的で幅広い、理念的な体系が示されたが、特に学歴を基準に第1種・第2種社会福祉士という上下関係を盛り込んだものとして、労働組合や学会からの反対意見が強かった。試案の実現はなかったが、その発想は1975年の「社会福祉教育のあり方について」において、ソーシャルワーカーとケアワーカーの区分として示された。

また、専門職養成を担う福祉系の大学では、日本社会事業学校連盟が1983年の総会を契機に「社会福祉主事問題等特別委員会」を設置し、各校の教育内容の分析が行われた。その成果を社会福祉教育セミナーで加盟校と検討し、1985年、社会福祉専門職養成カリキュラムを策定し、社会福祉学教育の共通理解を図った。

そして1987年5月、日本における社会福祉専門職の国家資格となる「社会福祉士及び介護福祉士法（以下、福祉士法と省略）」が成立した。この背景には、1986年に東京で開かれた国際社会福祉会議の影響もあったが、民間におけるシルバー産業の活発化に伴う質的担保の必要性が高まったことが一つの契機となった。法案審議ではシルバーサービスとの関連が強調され、関係者の間でも、ケアワーカーとしての介護福祉士に議論が集中した。特に隣接する「介護と看護」の問題、家政婦等との業務の棲み分け等が議論されたが、ケアワーカーをコメディカル・ワーカーではなく、法制化によって独立した福祉専門職としたことは、重要な位置づけであったといえる。

すなわち、この福祉士法は1990年の「老人福祉法等の一部を改正する法律（福祉関係八法改正）」への前提となるものであり、ケアワーカーとしての介護福祉士が強調されたことも、高齢社会に対応した在宅福祉中心の社会福祉改革の顕れといえよう。一方、ソーシャルワーカーとしての社会福祉士について、十分な議論が尽くされたわけではなかったが、特に大きな課題として医療ソーシャルワーカーの資格問題があった。「医療福祉士（仮称）」は当初、福祉士法に含まれていたが、1987年2月、厚生省健康政策局は「新たな医療関係職種資格制度の在り方に関する検討会」を設置し、そこで医療ソーシャルワーカー（以下、MSWと省略）、精神科ソーシャルワーカー（以下、PSWと省略）を含む5つの医療

関係職種を別建てで設定することになった。

この間、日本医療社会事業協会（以下、MSW協会と省略）は紆余曲折を経て、1988年の総会では、①学問的基盤は社会福祉とする、②4年制大学卒業、③専門性を十分に発揮できる条件を整える、という3原則を採択、翌89年には、厚生省健康政策局が「医療ソーシャルワーカー業務指針」を策定し、制度化への動きがあった。だがMSW協会が、1990年の総会で、社会福祉士と別の国家資格は求めない、つまり社会福祉士の一本化を求める立場を貫いたため、「医療福祉士（仮称）」は頓挫した。一方で、日本精神医学ソーシャルワーカー協会（以下、PSW協会と省略）は、日本の医療における現実的な判断をもって、全国精神障害者家族会連合会、日本精神病院協会とともに制度化へ向けて尽力し、1997年12月、精神保健福祉士法の成立を見た。1991年2月の日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会報告で「(福祉士法との関連で)保健・医療領域におけるソーシャルワーカーの資格化を進めることが必要である」としているように、その制度化は急務であり、医療ソーシャルワーカーとして一本化されることが望ましかったとはいえ、精神保健福祉領域において資格化が果たされたのは、歴史的な意義があるといえよう。

なお1998年に、日本社会福祉士会・生涯研修制度化検討委員会は、専門職集団の中核的機能として「社会福祉士生涯研修制度の基本構想」を提示している。職能団体である同会は、「会員は、生涯研修を通して常に専門性の向上と自己研磨に努める義務がある」として、生涯研修の目的を「会員個人の自己研修の継続性を確保し、また生涯研修を通して会員相互の連携を図ることによって、今日的な社会福祉の課題を解決するために、会員及び本会の力量を向上させていくこと」としている。研修プログラムには、基礎研修課程、共通研修課程、専門分野別研修課程、という三つの課程が設けられ、また、集合研修、実習研修、グループ研修、自己研修、その他、という五つの方法がある。基礎研修課程は、倫理や相談援助の基礎力を身につけるもので、新入会員は必修とされている。共通研修課程は3年間を1期間として単位取得するもので、社会福祉士の共通基盤となる幅広い知識・技術・方法の習得というジェネリックな位置づけがなされ、これを修了した上積みとしての専門分野別研修課程は、実際の職務等で必要とされる、より専門的な援助のために必要な能力を高めるというスペシフィックな位置づけとなっている。（浅沼 太郎）

2 精神保健福祉士の成立過程

1997年にPSWの国家資格である精神保健福祉士が法制化され、1999年1月に第1回の国家試験が行われた。4866名の受験者の内、4338名が合格し、精神保健福祉の現場において資格を有する福祉専門職が誕生する。

PSWの国家資格化は、日本で精神医学ソーシャルワークが導入された当初から、精神保健医療の現場において身分保障を求めるPSWにより求められてきた。しかし、資格化に際しては、PSW固有の専門性や多領域におけるソーシャルワーカーとの関係など多くの課題があり、その実現には30年以上の時間を要した。ここでは、精神保健福祉士法制定に至るまでの30年以上に及ぶ経緯と背景について、PSWの職能団体である「日本精神医学ソーシャルワーカー協会」の資格化に向けた活動を中心に整理を行うとともに、精神保健福祉士の法的な位置づけについて概観する。

(1) 精神保健福祉士の成立過程

1948年に国立国府台病院で組織的なソーシャルワークが導入され、1952年に国立精神衛生研究所においてPSWが配置されて以降、精神医療の現場においてPSWが配置され始め、また全国各地にPSWの研究会が発足した。1953年には、日本における医療ソーシ

ネットワークの第一人者である浅賀ふさ、中島さつきの働きかけにより、MSWの職能団体である日本医療社会事業家協会が設立された。そして、医療の領域におけるソーシャルワーカーという共通性から、PSWはこの協会に専門職としての身分保障と発言権の保障の担保を求めた。しかし、1963年にこの協会が、日本医療社会事業協会（以下MSWと省略）して組織変革を行い、会の目的が専門職としてのアイデンティティの確立から、医療社会事業の普及に転換され、職能団体としての性格が曖昧になった。このことから、PSW独自の全国組織の創設が望まれ、1964年に日本精神医学ソーシャルワーカー協会（以下PSW協会と省略）が設立した。

PSW協会設立の時期は、精神衛生法の改正作業が行われており、全国の保健所における「精神衛生相談員」及び「医療社会事業員」の配置が検討されていた。PSW協会は、これを「身分資格」の問題として捉え、MSW協会及び1960年に設立した日本ソーシャルワーカー協会（以下SW協会と省略）と協働し、1967年に「医療社会福祉法提案」を作成するなど、身分制度の制定に向けた活動を展開した。しかし、医療機関側からの要望が少なかったことや主管局を特定できなかったことなどにより法制化に至らなかった。

1971年に中央社会福祉審議会より出された「社会福祉士法制度試案」を受け、PSW協会は身分資格制度委員会を中心に検討作業を行った。しかし、試案について会員の同意が得られず、PSWが活動する精神医療や社会福祉の環境基盤の整備を優先課題として位置づけ、試案を棄却した。

以上で示した身分制度の資格化問題は、ソーシャルワーカーの職能団体共通の課題であり、「身分資格」という表現にみられるように、当時の資格制度の論議は、ソーシャルワーカーの専門性の担保よりも社会的地位の確立という課題が強調された。しかし、各団体とも専門性の枠組みが未確立であり、結果的にそのことが法制化を阻害した。

PSW協会は、政府の資格制度試案を棄却して以降、「Y氏問題」（無診察のまま、PSWの予断により、Y氏が強制入院させられた問題）に因る協会の混乱などがあり、資格化に向けた取り組みからPSWの専門性の確立に向けた取り組みに力点を置き換え、事態の収束に努めた。そのため、精神衛生法改正審議に際しても、法改正に伴うPSW配置の要望を出すにとどまった。

1986年1月から社会福祉制度見直しの審議を開始した、福祉関係三審議会合同企画分科会による「福祉関係者の資格制度について（意見具申）」を受け、1987年1月に厚生省社会局は、SW協会や日本社会事業学校連盟との協議を経て「社会福祉士」を法制化することを決定した。一方、厚生省健康政策局では、宇都宮事件など精神病院の不祥事件により露呈した精神医療問題を改善すべく、同年1月にMSWを含む医療関係職種の国家資格化を検討すると表明した。それに伴い、MSW協会は、社会福祉士とは別枠で、PSWを含めた「医療ソーシャルワーカー」としての国家資格化の実現を目指し、PSW協会もそれに同意した。また、PSW協会の資格化に向けた取り組みとして、同年5月に、「専門性の理論的・実践的基盤は社会福祉学にあること」「受験資格は協会の会員資格である福祉系4年生大学卒であること」などを骨子とした、「国の社会福祉職への資格制度化に対する対応について（基本5点）」を総会において採択した。また、同時期に「社会福祉士法」が制定されたことに対し、PSW協会は「社会福祉士および介護福祉士法に関する見解」として、制定が予想された「医療福祉士」との互換性や統合された専門資格制度の実現などの期待を表明した。

その後、PSW協会による資格化運動は、前記した1990年以降のMSW協会における資格化運動の方針転換を受け、1992年の臨時総会において、協会独自の資格化問題への対応を決議し、PSW単独による資格制度化を目指すこととなった。

一方、政策においては、厚生省において精神保健法の5年後改正の検討作業がされるな

かで、1993年3月には、障害者対策推進本部が「障害者対策に関する長期計画」を決定し、保健、医療、福祉分野の資格制度の整備が示唆されたほか、同年5月には、公衆衛生審議会が、心理職とPSWについて国家資格創設を提言した。この公衆衛生審議会の意見に基づき、精神保健法が改正され、精神障害者の社会復帰に向けた一層の施策が講じられた。さらに、同年12月には「障害者基本法」が制定され、福祉の対象者として精神障害者が位置づけられた。以上のような背景により、PSWの資格制度化は政策においても重要な課題であった。そのことは、精神保健法制定以降、PSWの資格化が衆参両院において数回に渡り付帯決議が行われていることから伺える。

こうした動きを受け、PSW協会は、厚生省精神保健課との協働により資格化の方向を模索することとなった。1994年にPSW協会は、臨時総会でPSW単独立法化の方針を採択し、厚生省に要望書を提出した。同年6月からは、厚生省において「PSW業務研究会」が開始され、10月には報告書が出された。こうした中で、精神保健法改正の動きが急加速し、福祉のマンパワーとしてPSWを法改正に伴い資格化を図るという厚生省の意見が示された。この意見について、同年12月に公衆衛生審議会において検討が行われたが、医療関連団体との意見調整がつかず、法改正における資格化は見送られた。しかし、付帯決議によりPSWの国家資格制度の創設についての速やかな検討が示唆された。

1994年には、厚生科学研究によるPSW資格化の研究報告書がまとめられ、1995年から二年に渡り同じく厚生科学研究の「精神科ソーシャルワーカー及び臨床心理技術者の業務と資格化に関する研究班」において、資格化の検討がされた。以上のような流れを受けて、1997年5月に「精神保健福祉士法」として国会に提出され、継続審議を経て、同年12月に臨時国会で可決され、1998年4月に施行された。

（2）精神保健福祉士の法的位置づけ

精神保健福祉士は、精神保健福祉士法第2条において、「精神保健福祉士の名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助（相談援助）を行うことを業とする者」と定義されている。この定義にも示されるように、精神保健福祉士は、精神障害者の社会復帰を援助することを目的に資格制度化されたものである。

日本の精神保健福祉の状況は、諸外国と比較し、入院して医療を受けている精神障害者の割合が高く、また入院が長期に渡り、いわゆる「社会的入院」の状態にある利用者の比率も高い。そのため、精神障害者の保健福祉施策において、精神障害者の社会復帰の促進に向けた精神保健及び福祉の向上、増進が重要課題となった。そして、1987年に精神障害者社会復帰施設の一部が法定化されて以降、「障害者プラン」の策定もあり、ハード面の整備を中心とした施策が展開される一方、精神障害者の保健福祉を担う「マンパワー」の確保が政策課題となった。そのため、従来から精神障害者の社会復帰活動に取り組み、実績を積み上げてきたPSWを精神保健福祉士の名称で国家資格化し、社会福祉専門職として法的に位置づけた。この精神保健福祉士は、社会福祉士や介護福祉士と同様に社会福祉学を学問的基盤に据え、その専門的知識と技術の習得が必須であるとともに、保健に関する専門的知識、技術の堅持を義務づけている。このことは、社会復帰に向けた援助活動において、精神障害者の社会生活におけるニーズの多面的評価と、それに基づくチームアプローチが必要とされる中で、精神保健福祉士が精神保健に関わる保健、医療専門職と協働する必要性を示唆している。

精神保健福祉士の役割については、精神保健福祉士法に則すと主に4点が挙げられる。

1 点目は精神障害者の「社会復帰に関する相談に応じる」ことである。精神障害者が社会復帰を果たすためには、地域生活に必要なサービスと情報が不可欠である。そのため、精神保健福祉士は、精神障害者のニーズに則した社会資源や各種サービスについて、活用可能な選択肢を提供する必要がある。2 点目は精神障害者に対する「助言、指導」を行うことである。精神保健福祉士が、精神障害者の社会復帰を支援するためには、情報提供だけではなく、十分なアセスメントを行った上で、社会復帰の方向性を本人と共に見出していく必要がある。また、本人が安心して社会生活を送れるように、家庭など生活環境の整備や家族に対する支援活動も不可欠である。また、3 点目として「精神障害者に対する日常生活への適応のために必要な訓練を行う」ことが挙げられる。精神障害者は、長期入院などにより生活能力に障害を持つ場合が多い。そのため、精神保健福祉士は、精神障害者が生活能力を取り戻すためのリハビリテーションを積極的に支援する必要がある。4 点目として「その他の援助を行うこと」が挙げられる。その他の援助とは、精神保健福祉士が行うべき多様な援助や支援活動が考えられ、各種手続きの代行や精神保健福祉に関する啓発活動、社会資源の開発や当事者活動への支援などが含まれている。

ところで、精神保健福祉士が以上のような役割を果たす上では、医師やその他の医療関係者との連携の保持が、精神保健福祉士法第 41 条で義務付けられている。またこの条文では、業務を遂行する上で精神障害者に主治医がいる場合には、その指導を受けることが義務づけられている。この「医師の指導」は、精神保健福祉士がどのような援助活動を行うかについて規定するものではなく、具体的な業務を束縛するものではない。このことは、精神保健福祉士が、業務の遂行において一定の裁量権を有することを示している。そのため、精神保健福祉士は、常にレベルの高い専門性と倫理性を保持する必要がある、それをどう担保していくかは、今後の重要な課題である。また、精神保健福祉法の改訂作業が進む中で、権利擁護やケアマネジメントなど新たな役割を精神保健福祉士が担っていくことが予想され、そうした新しい技術や知識を精神保健福祉士がいかに習得していくかは、研修制度のあり方を含め、今後の大きな課題である。 (鈴木 孝典)

3 精神保健福祉士の養成と受験資格

(1) 精神保健福祉士の創設

93 年に日本精神病院協会が実施した「精神科医療マスタープラン基礎調査」によると 10 年以上入院している精神障害者は、入院している精神障害者の 34% を占めている。これは、精神障害者の長期入院やいわゆる社会的入院の問題が、我が国の精神保健福祉において、大きな問題であることを意味している。

この問題を解決するためには、退院のための環境整備など、様々な支援を行う人材が必要である。そのため、精神障害者の社会復帰に関する相談を担う専門職として、精神保健福祉士が創設されることになったのである。

現状では、精神科ソーシャルワーカーとして、精神病院等に約 2600 人いると言われているが、今後、医療機関、社会復帰施設及び公的機関に精神保健福祉士が配置されるとして、最低 1 万人の精神保健福祉士の養成を当面の目標としている。

(2) 精神保健福祉士の養成カリキュラム

精神保健福祉士の業務を遂行するために必要な保健及び福祉に関する専門的な知識・技術として、4 年制大学等で最低履修すべき科目を指定科目としている。指定科目は、精神医学、精神保健学、精神科リハビリテーション学、精神保健福祉論、社会福祉原論、社会保障論・公的扶助論・地域福祉論のうち 1 科目、精神保健福祉援助技術総論、精神保健福

祉援助技術各論，精神保健福祉援助実習，精神保健福祉援助演習，医学一般，心理学・社会学・法学のうち1科目，以上12科目である。

つぎに指定科目のうち，福祉系専門職との共通性が高い基礎的な科目を基礎科目としている。基礎科目は，社会福祉原論，社会保障論・公的扶助論・地域福祉論のうち1科目，精神保健福祉援助技術総論，医学一般，心理学・社会学・法学のうち1科目，以上の5科目である。

(3) 受験資格

精神保健福祉士の国家試験受験資格の修得は，保健福祉系大学等において指定科目を履修する方法のほか，養成施設，短期養成施設において修得する制度があり，その場合，以下の条件が定められている。

- ① 大学等で基礎科目を履修した場合，6ヶ月間の短期養成施設等に入り，そこを卒業すること。3年制の短大等は，1年間の実務後，2年制の短大等は，2年間の実務後に短期養成施設等に入り，そこを卒業すること。
- ② 4年制の一般大学等を卒業した場合は，そのまま1年間の一般養成施設等に入り，そこを卒業すること。3年制の短大等は，1年間の実務後，2年制の短大等は，2年間の実務後に一般養成施設等に入り，そこを卒業すること。
- ③ 社会福祉士は，短期養成施設等に入り，そこを卒業すること。
- ④ 指定施設において4年以上相談援助の業務に従事した人は，1年間の一般養成施設等に入り，そこを卒業すること。

以上の条件を満たすことが，受験資格の修得には必要である。(図・精神保健福祉士の資格要件参照) (伊東 秀幸)

(参考文献)

京極高宣『〔新版〕日本の福祉士制度－日本ソーシャルワーク史序説』中央法規出版，1998.10

三和治「社会福祉専門職養成カリキュラムについて」『月刊福祉』Vol.69 No.17，1986.12

「特集：社会福祉専門職をめぐる課題－社会福祉専門職制度10年」『社会福祉研究』No.69，1997.7

「特集：社会福祉の専門職制度の今後」『月刊福祉』Vol.80 No.3，1997.3

社団法人日本社会福祉士会編『日本社会福祉士会生涯研修プログラム開発特別委員会報告書』1996

柏木 昭編著『三訂 精神医学ソーシャルワーク』岩崎学術出版，1996

古屋 龍太，平田 佳男ほか「精神科ソーシャルワーカーの国家資格化をめぐる経過と論点」『東京PSW研究』No.5，1996

日本精神医学ソーシャルワーカー協会編集『これからの精神保健福祉－精神保健福祉士ガイドブック』へるす出版，1997

II 医師および看護職等の養成研修

1 精神科医および精神保健指定医の養成研修

ここでは、精神障害者に係わる専門職種として、医師、すなわち精神科医の養成研修について、現状と課題を分析し、その特徴を検討する。

(1) 医師の研修

医師における精神科の専門性を養成する過程には、大学医学部の卒前教育ならびに卒業と医師国家試験合格後のいわゆる卒後教育があると考えられる。現在精神医学領域には、他科の専門学会が認定するようないわゆる認定医制度は無く、また学会や大学医学部の教育担当者により統一された卒後研修制度も存在しない。従って現時点の卒後専門教育は、研修者が自らに課す職業的倫理に基づいて行われている極めて自主性の高いものである一方、網羅的体系的な研修方法はなく、時に若干の偏りが生じていることも否めないのが現状である。

これに対して、1987年の精神衛生法改正（精神保健法の成立）にともなって誕生した精神保健指定医（以下、指定医と省略）制度は、その指定を受けるに当たり指定医の職務についての講習をはじめその職務を果たしていく上での必要事項を満たせるよう厚生大臣指定による研修会が開かれ、さらに指定医に任じられるためには後述するような研修レポートの提出が義務づけられている。しかし、これはあくまで精神保健福祉法に基づく法運用上の職務達成を目標とした、いわば資格要件であり、広く精神障害者に係わる専門職種としての医師の卒後研修としての要件を満たしているかについては、議論の余地があろう。

そこで、まず医学部における卒前教育の現状と期待されている卒後教育についての現状を探り、その上で指定医の資格を得るための要件も参照し、精神科医師の専門研修の実状を俯瞰していく。

(2) 卒前教育と卒後教育

精神医学の卒前教育の現状について、1992年10月から1993年1月に行われた日本精神神経学会の精神医学教育委員会報告でのアンケート結果を参照する。これによれば講義時間数は、系統講義は全国73大学で平均41.8時間、系統講義と臨床講義を合すると52.1時間となっている。この内訳は資料がないが、全国精神医学講座担当者会議の「精神医学の学習内容（案）」をみると総コマ数40.5のうち、精神医学の基本2コマ、精神症状論3コマ、診察法関連4コマ、検査法関連2.5コマ、成因論関連2コマ、治療法関連7コマ、精神障害の分類と疫学1コマ、各論的なこと12コマ、コンサルテーション・リエゾン精神医学2コマ、ライフサイクルと精神医学4コマ、精神保健（メンタルヘルス）0.5コマ、「法」関連事項0.5コマとなっている。また同アンケートによれば、デイケアは16校、メンタルヘルス一般は13校、精神保健法の知識は4校、社会精神医学は3校でそれぞれ教育内容に含まれていない。

さらに実習に関して、約50%の大学が大学病院でのみ実習を行っており、保健所（26.3%）、精神科関連施設（18.4%）精神保健福祉センター（18.4%）、児童関連施設（7.9%）などコミュニティにおける精神医療や福祉施設などに関連した実習の機会は不十分な状況である。すなわち医師の卒前教育としての精神医学は、生物学的精神医学の発展を受け医学一般の中で要請される精神医学教育として位置づけられていると言えよう。

これに対して、卒後研修に関しては、前述のように教育機関や学術団体などによる認定医制度をはじめとする専門教育制度はなく、個人の責任に任せられているのが現状である。

そこで日本精神神経学会においては卒後教育推進小委員会が設けられ、その計画案（第2次案）によれば、理念と目標として「精神医療の質の向上をはかるためには、学部教育の充実と同時に精神科医を志向するものの卒後の研修を欠かすことはできない」とした上で「精神科医を志向する全ての医師を対象とし、精神科の臨床医として最低限必要な知識・技能・態度を身につけることを目標とする」として、以下のような研修期間と内容を提案している。研修期間については5年間とし、このうち、精神科研修は3年以上を要するとされている。

この5年間の研修のうち、以下の1-4の研修経験は必修とし、その他5に揚げる専門領域に関しては自由選択とするとしている；1. プライマリーケア（3ヶ月以上）、2. 精神科医入院治療の経験（2年以上）、閉鎖病棟における研修（6ヶ月以上）、開放病棟における研修（6ヶ月以上）、3. 一般病院精神科における研修・他科との連携（6ヶ月以上）、4. リハビリテーション・地域医療に関する経験（3ヶ月以上）、5. 児童・思春期・老人の精神医療、あるいはてんかん・アルコール依存・薬物依存などの専門領域、となっている。同案ではこの他研修の場、研修医の処遇、運営、研修に対する評価などが提起されている。

（3）精神保健指定医の位置づけ

精神保健指定医制度は1987年の精神衛生法改正（精神保健法の成立）により発足したものである。精神保健指定医制度は、精神障害者が医療を受けるにあたって、その人権を擁護するために設けられたものであり、その職務は、強制的な入院形態である措置入院及び医療保護入院による入院及び退院の際の診察、一定の行動制限の判定、定期病状報告に係る診察等、幅広いものである。

具体的に上げると精神保健指定医の職務は次のように整理されよう。

まず一般的な職務としては、

- ①任意入院者の退院制限時の診察、診療録記載(法第22条の4)
- ②措置入院者の措置症状消失の判定(法第29条の5)
- ③医療保護入院時の判定(法第33条)
- ④応急入院時の判定(法第33条の4)
- ⑤仮入院時の判定(法第34条)
- ⑥入院者の行動制限の判定、診療録記載(法第36条)
- ⑦措置入院者の定期病状報告に係る診察(法第38条の2)
- ⑧医療保護入院者の定期病状報告に係る診察(法第38条の2)
- ⑨措置入院者の仮退院の判定(法第40条)

であり、また公務員としての職務としては、

- ①措置入院、緊急措置入院時の判定(法第29条、29条の2)
- ②措置入院の解除の判定(法第9条の4、29条の5)
- ③精神病院に対する立入検査、質問及び診察(法第31号条の6)
- ④任意入院者のうち退院制限者、医療保護入院者・応急入院者及び仮入院者の退院命令の判定(法第38条の7)、である。

（4）指定医の申請と更新

更に、新規に精神保健指定医を申請する場合の、精神衛生法等の一部を改正する法律による改正後の精神保健法の適用上の留意事項について(抄)という1988年5月13日付け厚生省保健医療局精神保健課長通知と1991年9月9日付け通知によれば、同法における精神保健指定医に関する事項を抜粋するとおおよそ以下のようなものになる。

- ① 精神保健指定医の指定要件たる精神科実務経験について

ア 法第 18 条第 1 項第 2 号に規定されている「精神障害の診断又は治療に従事した経験」(以下「精神科実務経験」という。)については、今回新設された精神保健指定医制度の趣旨にかんがみ、自ら精神障害者の診断又は治療に当たるなかで、患者の人権や個人としての尊厳に配慮した精神医学的経験を有することを精神保健指定医(以下「指定医」という。)の指定要件とすることとしたものであり、その期間については 3 年以上とされていること。

イ 精神科実務経験は、精神科又は神経科を標榜している医療機関において行った精神障害の診断又は治療(デイ・ケアを含む)をいうものであること。

ウ 精神科実務経験の期間については、以下に示した算定方法により算定する。

a) 精神科実務経験の期間については、一週間に 4 日以上精神障害者の診断又は治療に当たっている期間を算入するものとする。

b) a でいう「4 日以上」の算定は、外来又は病棟において、精神障害者の診断又は治療に 1 日おおむね 8 時間以上当たった日について行うものであること。なお、診断又は治療に関して通常行われる症例検討会、抄読会等への参加は、これに算入できる。

c) 精神保健福祉センター、保健所におけるデイ・ケアに従事した時間及び期間については、これに算入できるものであること。また、これらの機関で嘱託医として精神障害者に対する相談業務に従事した時間についても、これに含まれるものであること。

d) 夜間当直のみをする時間及び期間については、精神科実務経験として算定できないものであること。

e) 動物実験等に携わる時間及び期間は、精神科実務経験として算定できない。

f) 精神医学を専攻する大学院生にあっては、副科目及び選択科目の履修のために、精神障害者の診断又は治療に対し応需の態勢にない場合が生じるが、この時間及び期間は、精神科実務経験として算定できないものであること。

g) 外国留学等外国において精神障害者の診断又は治療に当たった場合においては、この時間及び期間は、精神科実務経験に算入できるものであること。

② 指定医の指定申請時に提出するケースレポートについて

ア 法第 18 条第 1 項第 3 号及び同号に基づく厚生省告示(昭和 63 年 4 月厚生省告示第 124 号)(以下「精神科実務経験告示」という。)に規定する「診断又は治療に従事した経験」については、指定医の指定申請時に提出するいわゆるケースレポートにより、指定医として必要とされる知識及び技術を有しているかについて確認するものとする。

イ ケースレポートの対象となる患者等については、以下によるものとする。

a) 精神科実務経験告示に定める 8 例以上の症例については、指定医が常時勤務している医療機関において、指定医の指導のもとに自ら担当として診断又は治療に当たった症例について報告するものであり、少なくとも一週間に 4 日以上は当該患者について診療に従事したものでなければならない。

b) 当該患者が入院から退院までの期間、継続して診療に従事した症例についてケースレポートを提出するものとする。

c) 同一症例について、同時に複数の医師がケースレポートを作成することは認められないものであること。

d) 指定医の申請時から 6 年以前に診療に従事した症例についてケースレポートを作成することは認められないものであること。

また指定医の指定に係るその他の事項として、精神保健指定医指定申請書、履歴書、医師免許の写し、5 年以上診断又は治療に従事したことを証する施設管理者の従事証明書、3 年以上精神科実務経験を有することを証する施設管理者の従事証明書、精神科実務経験告示に定めるケースレポート、法第 18 条第 1 項第 4 号に規定する研修の課程を修了したことを証する書面等の提出が定められ、指定医の指定は公衆衛生審議会の意見を求め、その

結果に基づいて行なわれる。

実務経験告示に定められたレポートに関しては、以下の点にわたり審査されているものと考えられる。

- a) 症例が指定された疾病圏に該当すること。
- b) レポートとして適切であり、臨床記録としての的確であること。
- c) 法令・規則についての認識が示されていること。

このうち、指定された疾病圏とは、精神分裂病圏（措置入院例 1 例を含め 3 例以上）、躁うつ病圏 1 例以上、中毒性精神障害 1 例以上、児童・思春期精神障害 1 例以上、症状性又は器質性精神障害 1 例以上、老年期痴呆 1 例以上の合計 8 例以上となっている。また「主として指導を受けた精神保健指定医」の自筆書名が必要になっている。

研修については当分の間、厚生大臣が指定するものが行うこととしているとされ、実際には、厚生大臣指定機関として、全国自治体病院協議会と社団法人日本精神病院協会が日本医師会の協力を得て行なっている。現在新規申請時の講習は、3 日間で 18 時間となっている。新規研修にふさわしいものとするため、指定医の職務についての講義を充実させ、事例紹介を含めた精神障害者の社会復帰及び精神障害者福祉に関する課程が含まれている。

（5）更新と取り消し

指定医の更新に際しては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 19 条の規定により指定医が、5 年度ごとの研修を受けなかった場合には当該研修を受けなかったことについてやむを得ない理由が存すると厚生大臣が認めるときを除き、当該指定を受けるべき年度の終了日（3 月 31 日）の経過をもって指定の効力を失うこととされており、研修を受けるべき年度は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 19 条第 1 項の規定に基づき・精神保健指定医が研修を受けなければならない年度を定める件」（1996 年 3 月 21 日厚生省告示第 89 号）の定めるところとなっている。その際の講習は 1 日間で 7 時間となっており、更新時研修にふさわしい内容とするため、指定医の職務についての講義と事例紹介による精神障害者の社会復帰及び精神障害者福祉についての課程が含まれている。

一方、指定医が精神保健福祉法に基づく命令に違反したとき又はその職務に関し著しく不当な行為を行ったときその他指定医として著しく不相当と認められるときは、厚生大臣は、公衆衛生審議会の審議を経てその指定を取り消すことができると定められている。

以上に述べてきたように、精神科障害に係わる医師の養成研修に関して、現時点で内容や要件が整った制度としては、精神保健指定医制度があげられよう。中でも申請時点における講習受講義務とケースレポートの提出およびその審査、ならびに更新時における講習受講の義務は、法に定められた指定医の職務内容を遂行する上での質を一定程度担保するものであろう。

（水野 雅文）

2 看護職及び保健婦等の養成研修

（1）看護婦・看護士を対象とした研修体系

看護婦、看護士〔以下、看護婦（士）と省略〕の養成については、看護婦（士）国家試験の受験資格に対応した基礎教育の体系が、制度として構築されている一方で、看護婦（士）資格取得後も、看護婦（士）としての専門性を担保するため、いわゆる卒後教育として、生涯型の研修体系が構築されている。卒後教育については、医学教育をモデルとして教育がなされてきた歴史的な背景から、各病院等の規模などにより様々であるが、系統的な研修が行われている。

精神障害者に関わる看護婦（士）は、チーム医療における他職種との連携や精神科リハビリテーションへの参画など、精神医療・保健として専門分化された治療体系に位置づけられており、高い専門性の堅持が要求される。このことは、1997年4月から施行された看護教育におけるカリキュラムの改正で、精神科看護学が専門基礎科目として位置付いたことが示唆的である。また、精神障害者が有する障害特性や取り巻く環境から、看護婦（士）は専門性ととも高い倫理性を堅持する必要がある、そのために卒後教育における生涯型の研修は必須であると考えられる。そして、精神医療・保健に携わる看護婦（士）の卒後の研修については、二つの民間職能団体が体系化を図り、展開している。

精神科に携わる看護職等の職能団体としては、「日本看護協会」、「日本精神科看護技術協会」の二つが挙げられる。この二つの団体は、経験年数、領域別など臨床や社会のニーズに応じた研修プログラムを、年間を通して計画し、実施している。例えば、認定看護管理者の教育では、対象に応じた3段階のステップを用意し、組織の管理者としての職責を果たすために必要な知識・技術などについての教育を、生涯型の教育プログラムとして展開している。

精神科に携わる看護婦（士）を対象とした研修について、日本看護協会では、1995年より専門看護師の認定において、「精神科看護」の分野を設定している。資格要件は、大学院修士課程を修了し5年以上の実務経験（3年は特定分野の経験）を有する者を対象に、試験により認定が行われている。そして、その教育課程は、看護系大学協議会の提案に基づいて教育を受けていることとされている。

また、もう一つの職能団体である、日本精神科看護技術協会においても精神科認定看護婦（士）を置き、一定期間の研修と5年以上の実務経験（3年は特定分野の経験）及び試験によって、これを認定している。

つまり、精神科領域の看護婦（士）に対する養成研修は、臨床と教育が連関した卒後の生涯型の研修体系により、高度な知識や技術、さらに研究また臨床における指導的な人材が育成され、その対象や社会のニーズに応えられるよう、専門性を高めるとともに、精神科看護全体の質の向上が図られている。（熊澤 利和）

（2）保健婦を対象とした研修体系

① 保健所における精神保健福祉業務の位置づけ

保健所における精神保健業務は、古くは1966年に都道府県知事宛てに出された、厚生省厚生衛生局長通知「保健所における精神衛生業務運営要領」に基づいている。訪問指導を中心とした在宅精神障害者の把握とその指導体制の強化を図ることを目的としたものであった。その後、精神医学の進歩や人権意識の高まりを背景に保健所の役割も変化し、社会復帰や地域における自立と社会参加の促進、地域における組織育成、企画調整といった幅広い機能が保健所の精神保健業務に期待されるようになった。

1993年には障害者基本法が、1995年には精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法と省略）が制定され、精神障害者は、身体障害者、知的障害者とともに障害者として位置づけられ、保健医療の対象であると同時に福祉施策の対象として位置づけられた。時期を同じくして1994年の地域保健法では保健所と市町村における地域保健の基盤整備が盛り込まれ、その基本指針には精神保健業務の担い手として、市町村が明確に位置づけられた。

こうしたなか1996年1月には従来の運営要領を全面的に改めた「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」が都道府県知事及び指定都市市長あてに通知された。現在でも市町村の規模により、マンパワーやサービスの面で大きな格差があるが、地域保健法が全面施行された1997年4月以降、精神保健福祉施策において、市町村という身近

な行政がサービス主体として明確に位置付きつつある。この運営要領において、これまで精神保健施策を担ってきた保健所は、精神障害者福祉施策についても一体的に担い、身近な施策については市町村との連携を図りつつ、保健所における精神保健福祉施策の充実を図ることが必要とされている。実施体制については、単一の課、係を設け、業務推進体制を整備するようになった。

② 精神保健福祉業務の担い手

保健所における職員については、全職員のチームワークの下、医師、PSW、保健婦（士）、看護婦（士）などを管内人口、面積に基づき必要数を配置し、職務能力の向上と相互の協力体制の確保に努めることとされた。なお、精神保健福祉法に規定された精神保健福祉相談員を積極的にその職務にあたらせるとともに、その配置については、臨床心理技術者や保健婦（士）で、精神保健福祉の知識と経験を有する者を含めたチームアプローチに配慮することとしている。つまり、複数、専任の精神保健福祉相談員配置については「努力規定」であり、自治体により、業務体制と担い手の実態が多様化し現在に至っている。

1966年の「保健所における精神衛生業務運営要領」によりすでに、医療が必要であるにもかかわらず在宅で医療を受けていない精神障害者を対象として、当時の精神衛生相談員などが家庭訪問など相談援助を行っていたが、専任の精神科ソーシャルワーカーを配置せず、保健婦が精神保健福祉業務についても他の保健婦業務と同様に公衆衛生業務の一環として担う都道府県もあった。こうした都道府県の保健婦らは保健所に配置され、福祉事務所の社会福祉主事や民生委員同様に地域を分担して、受持の地域住民の相談に対応した。

こうした状況の中、保健婦らは日々の精神保健業務に従事する中で、より専門的な実践力を身につけたいと考え、保健婦（士）達の自主的な事例検討会が活発に行われた。精神保健福祉センター、研究機関、大学の精神科医師や精神科ソーシャルワーカーなどをスーパーバイザーとして、精神科疾患の理解から、地域で生活する精神障害者の援助に具体的に役立つ考え方、知識及び技術などを学んでいる。最上（1997）は、そうした保健婦らの精神保健活動が、地域に暮らす精神障害者を精神科医師と連携し、医療機関に結びつけるという地域での医療的管理を徹底しただけでなく、生活支援としての活動も担ってきたことを豊富な事例を基に記述している。

また、こうした精神障害者の在宅における生活の支援を個々の事例に対して行うだけでなく、偏見を生みだした精神医療対策や地域社会のあり方についても問題を指摘し、すべての住民を対象として、ライフサイクルの多様な時期に心身の保健相談に応じる立場から、精神保健に関する衛生教育へと展開する保健婦（士）活動の方法論を確立させている。

つまり、保健婦（士）による精神保健福祉活動固有の実践は、こうした精神疾患や精神障害者に対象を限定せず、彼らを取り巻く近隣住民に対するアプローチや、さらに家族関係や社会関係の中で展開された。また、実践においては、とりわけ母子保健活動と精神保健の問題の関連に着目し、母子関係の健全育成や改善を図る活動を積極的に展開している。

③ 保健婦（士）数と精神保健福祉業務従事者数

2年ごとに国が調査している『衛生行政業務報告』によると、1996年末現在、全国の就業保健婦（士）数は31,581人であり、その多くは公的機関である保健所、市町村に勤務している。住民に身近な保健福祉サービスは、今後ますます市町村が主体となり担うこととなっている。精神障害者に対する福祉サービスについての相談援助も他の障害者同様、市町村業務となる方向で検討されている。しかし、現在市町村の精神障害者への保健福祉サービスの取り組みについては市町村間の格差が大きい。そのため、当面は都道府県が精神保健福祉業務を担いつつ、市町村が行う精神保健福祉業務を専門的に支援する必要があると考えられている。

都道府県、政令市等の保健所に所属する保健婦（士）数は平成8年度末現在8,887人で

ある。これらの保健婦（士）は多様な保健活動に従事しており、このすべてが専任者として精神保健福祉業務に従事しているわけではない。ただし、都道府県によっては専任の精神保健福祉相談員を配置しているところもあり、また、地域保健法以降は保健所が専門的技術的に市町村を支援すべく、精神保健業務の専任の保健婦（士）を配置するところも現れてきている。

④ 保健婦（士）を対象とした精神保健福祉業務に関する研修の実際

保健婦の養成については、看護婦（士）と同様に基礎教育の体系が制度により構築されている。現在の基礎教育の体系は、保健婦助産婦看護婦法に基づき構築されており、保健婦教育は3年間の看護教育後、最低6ヶ月の専門教育が必要である。しかし、実際には、1年課程の養成校で養護教諭養成課程を含むものや少数ではあるが、同じく6ヶ月以上とされた助産課程を含めるものがある。また、近年では看護教育の短期大学化にともない短大の専攻科1年課程が微増し、さらに看護系4年制大学が急増し看護婦教育と一貫して行なわれるところが増えている。

保健婦教育におけるカリキュラムは、1996年のカリキュラム改正以降「地域看護学」を中心に科目体系が構築されている。また、この改正では、看護婦の教育課程と保健婦または助産婦の教育課程を合わせ、3年6ヶ月以上の教育課程が終了した時点で、看護婦と保健婦または助産婦の国家試験受験資格が同時に取得可能な履修形態である統合カリキュラムが提示された。この統合カリキュラムにより、修業年限を合わせ一貫した教育を行うことで総合的、効果的な学習が可能となり、また看護婦3年課程における93単位と保健婦課程における21単位の合計114単位のうち、111単位以上を統合カリキュラムにおいて学習することにより、必要取得単位数を減少させ独自の教育内容を取り入れることが可能となった。

ところで、保健婦教育を修了し、専門職として現場で業務を展開する場合には、基礎教育で学んだ知識や技術を実際の現場の状況や問題に合わせて応用できる能力が求められる。とりわけ、精神保健福祉業務は、より高度な専門性と倫理性を研修などにより担保することが必須であることから、ここでは、行政に所属する保健婦（士）を対象とした精神保健福祉業務に関する研修の実際について、国レベル（国が実施を委託する団体主催のものを含む）、都道府県レベルのものに分けて紹介する。

まず国レベルでは、毎年行われる厚生省主催の保健婦（士）中央研修会において「精神保健福祉対策」と題して、今日的な課題と国の施策の方向性について主管課長などによる説明がある。また、日本看護協会、全国保健婦（士）会など職能団体、公衆衛生協会、国立公衆衛生院、国立精神神経センター精神保健研究所などが多様なプログラムで研修を実施している。

特に国立精神神経センター精神保健研究所では、1998年に研修体系が見直され、精神科デイ・ケア課程、社会福祉学課程、心理学課程、医学課程、精神保健指導課程の5課程と特別コースにより構成され、このうち、保健婦（士）が履修できる研修は、精神科デイ・ケア課程、医学課程、精神保健指導課程の3つである。それぞれの研修は、精神保健に関する高度で先進的な実践的技術とその理論構成が重視され、それらが系統的に修得できる内容となっている。

次に都道府県レベルであるが、その多くは精神保健福祉センターを実施機関と位置づけられている。まず、最も長期に及ぶ研修として、厚生省委託による精神保健福祉相談員資格取得講習会がある。（詳細は別途述べる）また、初級、中級、上級といった技術レベルに応じた研修や、デイケア、薬物、アルコールなど課題別の研修が体系的に実施されている。また、研修の名目でなくとも、実際の業務内容について担当者が情報交換したり、より効果的な業務の運営を検討する業務連絡会などを開催し、担当者の力量形成に役立てている。

都道府県レベルの保健衛生主管課で実施する職階別研修の中でも、精神保健関連の研修プログラムは豊富に盛り込まれ、新任保健婦（士）研修や精神専任保健婦（士）研修が実施されている。この内容は、先にも述べたように、精神障害者に対するアプローチに限定しない保健婦（士）の活動の位置づけから、本人家族への支援、地域組織活動、地域の関係機関職員との連携についてなど、多面的に精神保健問題を捉え、実践手法の応用能力を修得する内容となっている。

さらに、保健所単位でも、市町村支援研修の一部として精神保健福祉に関する研修を実施している。東京都の例では、管内の社会復帰施設職員や小規模作業所職員、市町村保健婦（士）、精神科訪問看護実施機関職員、民生委員、精神保健福祉ボランティアといった多様な対象に向けた研修も実施している。
(半澤 節子 鈴木 久子)

(参考文献)

- 精神医学教育委員会報告「精神医学卒前教育の現状 全国大学に対するアンケートの集計結果」『精神神経学雑誌』No.96, pp.340-348, 1994
- 精神医学教育委員会「精神科卒後研修制度に関する計画案（第2次案）」『精神神経学雑誌』No.96, pp.1247-1256, 1994
- 日本看護協会出版会編集『平成10年度 看護関係統計資料集』日本看護協会出版会, 1998
- 日本看護協会編『平成10年度 看護白書』日本看護協会出版会, 1998
- 財団法人厚生統計協会「国民衛生の動向」『厚生指標臨時増刊』No45 Vol9, 1998
- 『平成8年度 保健婦(士)活動指針』東京都衛生局総務部地域保健課編集・発行, 1996.9
- 日本看護協会編『平成10年度 看護関係統計資料集』日本看護協会出版会編集・発行, 1998.8
- 厚生省保健医療局地域保健・健康増進栄養課『平成9年度 保健婦(士)活動領域等調査』1998.5
- 最上キクエ『保健婦が担った地域精神衛生活動』バオバブ社, 1997.3
- 白川修一郎「人材育成と精神保健研究所の役割」『公衆衛生』Vol62 (12), 1998.12
- 厚生省看護問題研究所監修『看護六法(平成10年度版)』新日本法規出版, 1998

第3章 研修機関および団体による養成研修の現状

1 公的研修機関の現状

1 国立精神保健研究所における研修

(1) 国立精神保健研究所における研修

精神衛生法が1950年に制定された際、国会において国立精神衛生研究所（現在の精神保健研究所）の設立が付帯決議として採択された。そのことにより、厚生省設置法及び組織規定の一部が改正され、52年1月にアメリカのNIMHをモデルとして厚生省の附属機関として設立された。

国立精神保健研究所は、精神保健に関する諸問題を学際的な立場から精神医学、心理学、社会学、社会福祉学、保健学等の各専門家による総合的・包括的な研究を行う一方、精神保健業務に従事する者に対して、必要な知識・技術の研修を行い資質の向上を図ることを目的としている。61年に国立精神衛生研究所組織細則が制定され、60年1月から事実上行われていた研修業務が、厚生省設置法上の業務として加えられ医学科、心理学科、社会福祉学科、精神衛生指導科の研修が開始される。その後、79年に研修課程の名称を医学課程、心理学課程、社会福祉学課程、精神衛生指導課程に変更し、新たに精神科ダイケア課程が新設された。

国立精神保健研究所における研修は、精神保健福祉技術に関する先端的知識および技術を有する指導者の育成を主たる目標にしている。その対象は、97年度まで国・地方公共団体、病院等において精神保健業務に従事している医師、保健婦、看護婦（士）、臨床心理従事者、精神科ソーシャルワーカーであったが、98年度からは、一部の研修課程で精神保健福祉行政従事者や作業療法士にも対象を拡大した。

98年度は、社会福祉学課程、医学課程、精神保健指導課程、心理学課程、精神科ダイケア課程の5課程に加え特別コース1課程が実施された。

社会福祉学課程は、精神保健福祉センター、保健所、精神病院、老人保健施設、児童相談所等において精神保健福祉に関する業務に従事している者が対象であり、3週間実施されている。その内容は、精神障害者のQOL、地域生活支援、チーム医療へのケースワーカーのかかわり、精神保健福祉士の役割などを中心としたカリキュラムであった。

(2) 国立精神保健研究所における研修の現状

第1に同一の研修に経験年数の違う参加者が、混在するという現状がある。これは、参加者を選定する主催者側に対象をどの層にするかが、明確になっていないことであり、研修の目的が焦点化されていないことを意味する。

第2に職種別研修という面が強いが、その職種の養成課程において、精神保健研究所の研修が、どの部分を担っているのかが不明確である。また、研修後のフォローアップがないのが現状である。

第3に専門に研修を担当する部門がなく、研究所の研究員が持ち回りで研修担当となっていることから、効果的な研修実施について継続的に検討することなどが少ない現状にある。

第4に精神保健研究所独自の研修であり、精神保健福祉従事者に対して現在、行われている研修全体との関係や位置づけが考えられていない。例えば、全国の精神保健福祉センターとの連携などがなされていない。

2 都道府県精神保健福祉センターにおける研修の現状

(1) 精神保健福祉センターの概要

精神保健福祉センターは、精神保健福祉法第7条の規定により都道府県に設置出来ることになっている。法によって規定されている主な業務は、精神保健に関する知識の普及、調査研究、複雑困難な事例に対する相談指導である。

精神保健福祉センター運営要領によるとセンターの業務は、技術指導及び技術援助、教育研修、広報普及、調査研究、精神保健相談、協力組織の育成の6本柱となっている。同運営要領によると教育研修は、「保健所で精神保健業務に従事する職員(精神保健福祉相談員、精神科ソーシャルワーカー、保健婦、看護婦等)には専門的研修と技術指導を行うほか関係機関の職員には教育訓練を行い、関係職員の技術水準の向上を図る」となっている。

精神保健福祉センターは全国に49ヶ所あり、各道府県に1ヶ所、東京都に3ヶ所設置されている。その規模は、占有面積では300㎡に満たないところから6000㎡を超えるところまであり、建物も単独庁舎のところ、他の機関と合同の建物の中にある場合や、病院部門や社会復帰部門を併設しているところなど様々である。

常勤職員の数は、兼務職員を除くと、2名のところから180名を超えるところまでである。ただ約半数のセンターは、常勤職員の数が10名未満であり、常勤職員が20名を超えるセンターは北海道、埼玉、東京中部、東京多摩、神奈川、滋賀、大阪、広島の8ヶ所である。

(2) 精神保健福祉センターの研修

精神保健福祉センターの規模がさまざまであるように、センターの実施する研修も幅の広いものである。少ない職員の中で、センターが何らかの研修を実施していることは、研修の大切さを認識していることであり、様々な形式での研修が存在することは、センター職員の努力や工夫を感じるものである。

精神保健福祉センターの研修を対象者から見ていくと、保健所の精神保健担当者である保健婦、精神保健福祉士や保健所の職員、市町村の保健婦、社会復帰施設や小規模作業所の職員、関係機関の職員等の専門職から、ボランティア、職親事業所、家族、障害者本人など広い範囲を対象とし、その範囲は各精神保健センターによって違っている。

研修の種類では、対象職種を限定した「職種別研修」、対象を新任者や課長等階層で分けた「階層別研修」、テーマによって分けた「課題別研修」がある。各センターによって、実施研修の種類に違いがあり、また比重のかけ方にも違いがある。

職種別研修について、青森県では、「保健所保健婦精神保健福祉研修」や「市町村保健婦精神保健研修」、「精神保健福祉事務担当職員研修」を実施しているほか、石川県では、「作業所等指導員研修会」や電話相談機関の相談員を対象に「電話相談担当者研修会」を実施している。香川県では、専門職以外の当事者や家族を対象とした研修会を実施しており、当事者を対象に「精神障害を持ちながら地域で生活している方々のリハビリテーションを考える学習会」や「精神障害者のためのピアワーク学習会」を実施し、家族を対象に「家族のための精神分裂病宿泊研修会」を実施している。ボランティアを対象とした研修会は、東京都中部の「ボランティア研修」をはじめ、多くのセンターで実施している。

階層別研修について、石川県では、「保健所保健予防課長保健婦長研修会」、長崎県では、「保健所保健予防課長研修会」、「保健所保健班係長研修会」を実施しているほか、東京都中部では、保健所保健婦を対象にした「保健婦入門研修」、香川県では、保健所・市町村保健婦を対象に「新任保健婦研修会」を実施している。

テーマ別研修について、青森県では、「SST初級者研修」、「SST中級者研修」を実施しているほか、岐阜県では、「音楽療法研修会」を実施している。多くのセンターでアルコール

ル関連問題や思春期問題、痴呆性老人の問題、デイケアや社会復帰に関する課題研修を実施している。

実施方法では、講座形式が多く、日数的にも1日から2日の研修が多い。特徴的な実施方法では、鳥根県・鳥取県合同や岐阜県・三重県合同でそれぞれ実施している「児童思春期精神保健講座」のように県を超えて合同開催している研修や、香川県の「保健所精神科ソーシャルワーカー研修会」や「精神保健担当保健婦研修会」、「乳幼児精神保健ゼミナール」のように月1回程度開催し、事例検討や情報交換を中心としたゼミ形式で実施している研修がある。

長崎県の「ダルクセミナーin長崎」のように他の団体と共催し、140名集めた大規模な研修会があり、イベントとしての性格が強いのではないかとされる研修もある。

北海道の「痴呆性老人相談指導研修会」は、道内4ヶ所の会場で開催されており、このように参加者が参加し易いように配慮し、同じテーマの研修会を各地で開催する例が見られる。

岐阜県の「ソーシャルワーカー、保健婦、臨床心理士合同研修会」のように、各職種間の交流と相互理解を深め、連絡協調を図ることを目的とした研修会も実施している。

講師については、主にセンターの職員が講師となる場合、地元から起用する場合、首都圏から講師を招聘する場合とがあり、それぞれのセンターで特徴がある。

加えて、センターの研修体系からは外れてしまうが、「精神保健福祉相談員認定研修会」を東京都中部や神奈川県など一部のセンターで実施している。この研修会は、精神保健福祉法第42条に規定されたいわゆる精神保健福祉相談員の資格を得るために、精神保健福祉法施行令第6条に規定された保健婦を対象とした厚生大臣指定の講習会である。

(3) 精神保健福祉センターにおける研修の現状

センターの研修は、対象者を規定した職種別研修・階層別研修と、テーマを中心に組み立てていく課題別研修に大きく分けることができる。その両方が研修体系として組み込まれて実施されているが、精神保健福祉の領域の拡大や問題の多様化により課題別研修に比重が重くなっている傾向がある。

そのような状況の中で、職種別研修や階層別研修が相対的に脆弱化していると言える。精神保健専門職のあるべき姿というものがイメージされていないこと、地域に必要な専門職を養成していくという意識が希薄なことなどがいえる。それゆえ、研修の目的が不明確であったり、研修の体系化がされていないのが現状である。

全国のセンターが、その規模や管轄の大きさなど困難さを抱えながら、研修を実施していることや、どこのセンターにおいても今日的なテーマを研修の題材としていることは、評価に値するものである。しかし、全国で同じようなテーマで、首都圏からの同じような講師によって研修が実施されている面もあり、地域の特性にあった研修が実施されていないとの見方もできる。

また、研修という位置づけがされているが、会議や技術援助、広報普及、組織育成などとの明確な違いがわからない研修も存在している。

地域保健法の改正により、保健所に研修機能の強化が言われているが、その保健所とセンターとの研修における連携が、鮮明に見えてこない状況にある。今後、地域の人材づくりの視点から、保健所との協働がより必要になってくるものと思われる。（伊東 秀幸）

<参考文献>

白川 修一郎「人材育成と精神保健研究所の役割」『公衆衛生』No.12 Vol.62, 1998

II 民間団体における研修の現状

1 日本精神医学ソーシャルワーカー協会の研修

日本精神医学ソーシャルワーカー協会(以下 PSW 協会と省略)は、全国レベルでは、二つの大きな柱となる研修として、精神科ソーシャルワーカー初任者全国研修と精神科ソーシャルワーカー中堅者研修を実施している。

(1)精神科ソーシャルワーカー初任者全国研修

PSW 協会への入会資格認定講習を兼ね、初任者を中心に PSW として現に業務に従事している者を対象にした現任研修として展開している。1981 年より毎年実施し平成 10 年度で 18 回を迎え、概ね 50 名程度の定員を対象としているが、毎年 70～100 名の参加者数となっており、初任者としての現任研修の必要性は高い現状と言える。

研修内容は、会員資格認定のためと位置付けて 3 日間の日程で講義を中心に①PSW 協会の歴史、②精神医療の歴史及び状況、③精神保健福祉法と関連福祉法制、④社会福祉概論・方法論、⑤PSW の歴史、⑥PSW の実践課題のカリキュラムを各単位 90 分受講することが必須となっている。またその上に特別講義として時事的な演題(例えば昨年度は、「精神保健福祉士法の解説とそこに求められるもの」であった)のものと、グループ・ディスカッションから構成されたプログラムとなっている。

研修の実施にあたり、開催地となる都道府県の PSW 協会の支部地区に実行委員会を設置して、研修プログラムを組み立てている。その特徴として、開催地域の実践活動の見学などを研修内容に展開している年度もある。また後援として厚生省、都道府県、市、日本精神病院協会などが挙げられている。

当研修の特徴は、現任者研修の中でも初心者を対象としており、現場から離れて 3 日間 PSW という自分の仕事について整理、見直し、これからの見通しを立てていく有意義な研修である。当研修が毎年度、参加者数が多いのは、当協会の入会資格を得るための指定研修として位置付けられ、受講終了認定を得られることが大きな要因であろう。

また、講義内容が幅広く多いため、初心者にとって消化不良となる危険性もある。それを補うものとして、グループ・ディスカッションを設定している。

(2)精神科ソーシャルワーカー中堅者研修

当研修は現任の PSW で 5 年以上の経験年数を経ている中堅者を対象として、事例検討や業務検討を通し、PSW としての日常実践を見直す機会という目的で展開されている。

当研修は全国研修会と比較し、歴史が浅く、1993 年から 5 回実施されている。定員は 15 名程度で参加者数は、7～8 名程度となっている。PSW 協会では、参加者が増えない現状を検討課題としている。そして、開催地や研修内容の検討の必要性を挙げている。

研修内容は、概ね 2 日間の日程でテーマは様々であるが、事例検討を素材としてスーパーヴィジョンを中心に展開し、PSW の課題、PSW の倫理、人権の擁護、専門性、中堅者の役割、施設見学などを設定している。研修を受講する条件として、事前に実践した事例をまとめて提出することになっている。

当研修の特徴は、全国研修会と比較すると、参加型の研修として位置付けられる有意義な研修として評価できる。しかし、参加者が少ないことは残念であるが、開催地が首都圏中心という現状や研修の展開方法が、再検討を要する時期にきているといえよう。

(3)各支部の研修

その他の都道府県の各支部では、月1度程度の研修会や講演会、事例検討会を実施している。

当協会の今後の課題として、研修担当者の聞き取り調査より次の2点が挙げられる。第1に、精神保健福祉士が国家資格化されたことにより、研修の体系化についての検討と精神保健福祉士の全国組織としての在り方の検討が、当協会においては急務である。第2に、研修内容に関しては、資格取得後の研修と実習指導を含めた実習指導者の研修の検討が急務である。

2 全国精神障害者社会復帰施設協会の研修

当協会の研修は、大きく二つの柱として「職員研修会」と「施設長研修会」から展開されている。その他にセミナーとして「生活支援センターサミット」と称した実践的な交流会や総会時に講演会などの研修を実施している。

(1)職員研修会

社会復帰施設等職員（作業指導員、PSW、専任職員）を対象とした研修会で、年1回50名程度で実施している。研修内容は、精神保健の具体的な援助技術の習得をめざして3日間の日程で、厚生省精神保健福祉担当官からの講義や施設種別に分かれての分科会、全体討論会等の企画で展開している。また当研修会の大きな目的として、実践者同志の出会い、交流、交歓の場としてネットワークづくりの場となっている。

(2)施設長研修会

社会復帰施設の施設長を対象に、年1回40名程度、2日間の日程で次年度の精神保健施策の理解や分析などを目的に展開している。研修内容は協会役員の講演、厚生省精神保健福祉担当官の講話、その時々精神保健施策についての講演などである。

(3)その他の研修

「生活支援センターサミット」は、地域生活支援事業が法制化されたことから、生活支援センター設立や運営方法についての情報交換や開設後の具体的支援の検討などを目的に、全国レベルで企画できるように設定された研修である。講義を受けるという形態ではなく、参加型の研修となるように、生活支援センターを実践している団体に実行委員会を設置して企画している。研修内容は、生活支援センターの実践報告や課題等を出し合い、それを素材に議論を重ねるセミナー形式となっている。

当協会の研修の課題として、研修担当者の聞き取り調査より、次の2点が挙げられる。まず、研修会の効果がどの程度あったかという、効果測定の方法論が確立されていない現状がある。また、参加者数の増減が研修予算に影響を与えていることから、研修に関する予算調整が大きな課題となっている。

3 日本精神病院協会の研修

当協会の研修は、学術研修会としてPSW、看護、薬剤師、作業療法士等職種別を対象として実施されている。PSWの研修の開催頻度は、隔年1回2日間の日程で開催され、定員100名程度で平成9年度では145名の参加者である。これは精神病院におけるPSWが、参加しやすい環境下にあるといえる。

研修内容は、講義や講演、そして現任者の実践報告を素材にしたシンポジウムの3つの柱で展開されている。演題の中心は「PSWの今後の課題」、「PSWの国家資格化について」、「生活支援」等が主だったものである。

その他の研修としては、「精神医学会」、「デイケア研修」、「精神保健福祉全国大会」といった、内容別の研修が実施されている。(坂本 智代枝)