

見もあった。

3. E病院におけるグループインタビュー

E病院は最近経営主体が変わった病院で、これまでの長期入院患者が多い病院からの脱却を図っている途上にある。精神保健福祉士及び多職種チームの構成も大きく変化してきている。グループインタビューに参加した職種と経験年数は表18の通りである。E病院でも医師が参加予定であったが、急な入院のため参加が叶わなかった。

表18 E病院におけるグループインタビュー参加者

職種	専門職としての経験年数	在職年数
看護師	42	2
看護師	28	1
作業療法士	8	4
医事課	9	5
精神保健福祉士	11	4
平均	19.6	3.2

チーム医療に関しては、「ようやく、ここ数年で、そういった皆さんの意識が出て、取り組み始めたというところ」という状況である。看護師の評価として「具体的な退院先がわかったり、目的共有ができるので、それに向けて、各部署でそれぞれ、OTだったら、ここのアプローチで、病棟だったら生活の場のところを、相談室だったら御家族さんだったり、お金の面だったりというところで、それぞれアプローチ方法は違うんだけど、最終的な目標が一緒にできるというところが、かなりよくなっている」と語られているが、改革に取り組んで数年の間に、職種による役割分担が進み、目標を共有

しながら支援が進められている様子がわかる。退院を中心的なテーマとしたカンファレンスが積極的に開催されており、「ドクターがいて、ナースがいて、あとOTの方がいて、薬剤師の方も入って、あとはワーカーさんが入ってという形でチームで。みんなで、それぞれの立場で、患者さんを診て、それぞれの視点で、この方の退院にどんなふうにかかわっていったらいいかとか、いろんな情報をいただくので、それに向けて、じゃ看護の中では、こういった視点で患者さんにかかわっていいかとか、そういった内容を（精神保健福祉士が）コーディネートしてくださっている」ということで、多職種チームの調整役として精神保健福祉士が機能している。

「何かあったらワーカーさん」という認識はE病院でも高く、経済的な問題、利用する施設の情報、家族とのパイプ役など、多くの役割を期待されて担っている。しかし、他の病院と同様に忙しく、なかなか顔を合わすことができず、情報をうまく共有できるタイミングを逸したりするような状況も生じている。多忙さを緩和するために、事務との関係では、「一時的にワーカーが事務の仕事も少し持っていった分を、今また事務に戻してという」ことが行われており、精神保健福祉士が本来の業務に集中できるよう配慮も行われていた。

E病院では退院への取り組みも始まったばかりであり、「退院促進のところは、（精神保健福祉士に）すごく頑張っていただけで、私たちも頑張らなきゃみたいなモチベーションを上げてくださるような感じ」がするという語りの通り、精神保健福祉士が患者の退院に向けた支援に関しては轡を引き、チームを牽引し、コーディネートしてきた。しかし、

今後を見据えた場合、多職種の専門性がより発揮されていく中で、精神保健福祉士に求められるものも変化していく可能性はあるのではないだろうか。

D-2. 考察

医療機関に勤務する精神保健福祉士へのインタビュー調査の結果からは、精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟の開設によって、退院が加速している状況が確認された。それらの病棟は精神保健福祉士の配置が必須となっており、特に退院支援の中で重要な役割を担っている。しかし、現実的には3ヶ月で退院できない患者も存在しており、そうした人たちの受け皿として、療養病棟や精神一般病棟が活用されている。急性期の病棟を経て、療養病棟や精神一般病棟に移ってくる患者に関しては、退院に向けたアセスメントが引き継がれ、早期退院をめざした支援を受け入れ先の病棟が行うこととなる。そうした退院への積極的な動きが他の中長期の入院患者の退院支援に影響を与え、病院全体で退院支援に取り組む姿勢を生んでいるのではないかと考えられる。各病院で療養病棟、精神一般病棟などからの退院も以前と比較して増加傾向にあり、精神保健福祉士が本人、家族、医療チーム、地域の関係機関をマネジメントする役割を担っているのである。退院者が増加したこと、訪問、デイケアでのニーズが増加したことによって、外来患者はどこの機関でも増加が著しい。受診受療援助や入院援助といった医療機関の入口部分における精神保健福祉士の役割も大きく、地域連携の役割も含め病院の窓口として機能している。

しかし、精神保健福祉士だけでは退院は進まない。また、精神保健福祉士自身

が認識している課題も多い。最も専門性を発揮すべき生活場面を想定した正確なアセスメントができているのかどうか、本人、家族の真のニーズが把握できているのかどうか等、自らの研鑽や相互研鑽を問う声もあった。また、医療機関の入口と出口におけるマネジメントを役割として担っているが、多職種の立場やアセスメントへの理解が十分になされているか、医療チームを調整し、動かすだけの説明力をもっているか、地域の機関との連携をはかっていくスキルが十分なのかどうかなど、多職種で動いているが故の課題も多く語られた。

多職種によるグループインタビューの結果からは、精神保健福祉士が比較的早い時期から医療チームの一員として認識されており、特に近年、退院支援の部分で担っているマネジメント機能に関しては、共通の認識があった。もちろん、各職種がお互いの専門性を発揮しながら、チームで患者さんを支援する姿勢が前提となっており、多職種で退院に関して議論するカンファレンスなども活発に開催されている。そうした医療チームの中で、精神保健福祉士は病院内外を橋渡しする多職種連携の要として認識されており、院内外の連携の調整役であり、患者、家族との関わりを密に持ちながら、社会資源を活用しながら退院を進めていく役割が評価されていた。

多職種との関係性については、精神保健福祉士の機能を他の職種がよく理解して引き出してくれる、精神保健福祉士もチームの中で育てられるという発言や、逆に精神保健福祉士がそれぞれの職種が専門性を発揮できるような調整を行っていること、他職種と地域と一緒に、新たな視点を提供しているということに見られるように相互の理解や信頼を基盤

に成り立っている。そこにはお互いの専門性を尊重しながら連携している医療チームの姿があった。

一方、早期退院を求められる中で、他職種から精神保健福祉士は非常に多忙だと認識されており、マンパワーが不足しているのではないかという意見と同時に、精神保健福祉士間の力量の格差や、経験の浅い精神保健福祉士の他職種に学ぶ姿勢の必要性などが指摘された。次年度の課題である人材育成に活かして行くべき課題だと考えられる。

E-2. 結論

医療機関の側の変化としては、多くの病院で病床数は減少傾向にあり、入退院数、外来患者数は増加し、在院日数は減少してきている。医療機関内部の機能の分化が行われ、退院が促進される状況の中で精神保健福祉士も徐々に増加してきている。

今回の協力機関の精神保健福祉士へのインタビューと多職種でのグループインタビューの結果から、医療機関の中での退院患者（外来患者）の増加、在院日数の減少等に精神保健福祉士が貢献していることが明らかとなった。入退院のところで、患者・家族、医療チーム、地域の福祉サービス事業所、公的機関等の連携を促し、調整していく役割を担っているのである。特に短期、長期を問わず、退院支援のところで精神保健福祉士が中核を担う役割は大きい。

しかし、精神保健福祉士だけでなく、精神保健福祉士を含む多職種チームがうまく機能していることが医療機関内で高い効果を生んでおり、そのチームをマネジメントする役割を精神保健福祉士が担っていると言える。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

H. 参考文献

- ・日本精神保健福祉士協会医療福祉経済部業務検討委員会 編『日本精神保健福祉士協会員に関する業務統計調査報告』へるす出版、2004.3
- ・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所『精神保健福祉資料-平成22年度6月30日調査の概要』(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所、2013.1

研究分担報告書

行政機関その他における精神保健福祉士の
活動評価及び介入方法研究

研究分担者 伊東 秀幸 田園調布学園大学人間福祉学部教授

研究協力者氏名	研究機関名
斎藤 敏靖	東京国際大学
四方田 清	順天堂大学
行實 志都子	神奈川県立保健福祉大学
田村 綾子	聖学院大学
石田 賢哉	青森県立保健大学

研究要旨：

本研究は、精神保健福祉士が実践を展開している精神保健福祉行政領域における、業務の内容や形態、方法及び雇用の実態等を調査し、その上で精神保健福祉士による効果的な介入方法の開発及び普及の提案を図り、適正配置と適正評価の促進に資することを目的としている。本研究の実施期間は、平成 24 年度から平成 26 年度までの 3 年となっている。

平成 24 年度は、全国の都道府県及び政令指定都市の精神保健福祉主管課（本課）及び精神保健福祉センターを対象として、業務の内容や形態、精神保健福祉士の勤務形態等の実態調査を実施し、その概況に関する分析を行った。

平成 25 年度は、平成 24 年度調査の追加分析を行うとともに、平成 24 年度の調査に引き続き全国の精神保健福祉センターに対して精神医療審査会に関する調査を実施した。また、平成 24 年度の調査を踏まえて、精神保健福祉士が配置され精神保健福祉活動が活発に展開されている市町村の精神保健福祉士に対してインタビュー調査を実施した。

A. 研究目的

研究の目的は、精神保健福祉士が実践を展開している精神保健福祉行政領域における、業務の内容や形態、方法及び雇用の実態等を調査し、その上で精神保健福祉士による効果的な介入方法の開発及び普及の提案を図り、適正配置と適正評価の促進に資することを目的としている。

平成 24 年度は、全国の都道府県及び政令指定都市の精神保健福祉主管課（本課）及び精神保健福祉センターを対象として、業務の内容や形態、精神保健福祉士の勤務形態等の実態調査を行う。また、その調査の中で精神保健福祉士が配置され

ている市町村で地域精神保健福祉活動が活発に実施されているところを把握する。

平成 25 年度は、平成 24 年度調査の追加分析を行うとともに、平成 24 年度の調査に引き続き 2 次調査として、全国の精神保健福祉センターに対し精神医療審査会に関する調査を実施した。また、平成 24 年度の調査を踏まえて、精神保健福祉士が配置され精神保健福祉活動が活発に展開されている市町村の精神保健福祉士に対してインタビュー調査を実施した。

なお、平成 24 年度調査に関する記述については、B-1、C-1、D-1、E-1、平成 25 年度調査に関

する記述については、2次調査についてB-2、C-2、D-2、E-2、インタビュー調査についてB-3、C-3、D-3、E-3と記述した。

B-1. 研究方法

1) 調査A

対象：全都道府県、政令指定都市の精神保健福祉主管課（67か所）

方法：郵送による記名式アンケート調査

期間：（発送）平成25年2月12日

（締め切り）3月5日

2) 調査B

対象：全都道府県、政令指定都市の精神保健福祉センター（69か所）

方法：郵送による記名式アンケート調査

期間：（発送）平成25年2月12日

（締め切り）3月5日

なお、調査Bについては、全国精神保健福祉センター長会に依頼し、各センターに調査協力についての文書を送付してもらった。

C-1. 研究結果

調査Aは、都道府県29カ所、政令指定都市15カ所、合計44カ所から回答が得られ、回収率は65.7%であった。

調査Bは、都道府県の設置する精神保健福祉センター42カ所、政令指定都市が設置する精神保健福祉センター15カ所、合計57カ所から回答が得られ、回収率は82.6%であった。

【調査Aの概要】

基本情報として、各都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課（本課）の名称、主管課の担当者数、担当者の職種、人口、管轄市町村数、保健所数を質問した。

都道府県・政令指定都市の本課における精神保健福祉士の登用については、回答のあった40カ所のうち、登用しているところが5カ所12.5%で

あった。登用していない理由として自由記載では、保健師が対応しているからといった明確な答えから、精神保健福祉士としての採用枠がないといった答えまで幅の広いものであった。

精神保健福祉士の登用

	度数	パーセント
登用している	5	12.5
登用していない	35	87.5
合計	40	100

登用されている精神保健福祉士は、女性が63.5%、年齢の平均が36.4歳で中央値は34.5歳であった。

性別	度数	パーセント
男性	27	36.5
女性	47	63.5
合計	74	100

90%の者が本課以外の行政機関の経験があり、本課以外の配属先に平均92カ月勤務していた。

他の行政機関での勤務歴の有無	度数	パーセント
あり	63	90
なし	7	10
合計	70	100

本課での職位は、課長相当が4名、係長相当が13名で全体の25%にあたった。

職位	度数	パーセント
課長相当	4	5.9
係長相当	13	19.1
主任相当	18	26.5
その他	33	48.5
合計	68	100

精神保健福祉士以外の資格では社会福祉士所持者が多く、全体の63.0%であった。

PSW以外の資格（N=37）

	応答数	パーセント
社会福祉士	29	63.0%
看護師	5	10.9%
保健師	7	15.2%
臨床心理士	1	2.2%
その他	4	8.7%
合計	46	100.0%

精神保健福祉士が登用されている市町村についての質問では回答のあったのは 21 カ所で、そのうち配置 0 との答えが最も多く 8 カ所 (38.1%) であった。

管内市町村数 (PSW配置)		
度数	パーセント	
0	8	38.1
1	3	14.3
2	3	14.3
3	1	4.8
5	1	4.8
8	2	9.5
11	1	4.8
18	1	4.8
20	1	4.8
合計	21	100

また、管内保健所に精神保健福祉士を配置しているかの問いに対して回答のあった 39 カ所のうち、配置 0 が最も多く 25 カ所 64.1% であった。

管内保健所 (PSW配置)		
度数	パーセント	
0	25	64.1
1	7	17.9
4	1	2.6
5	1	2.6
6	1	2.6
7	1	2.6
8	1	2.6
10	1	2.6
18	1	2.6
合計	39	100

【調査Bの概要】

センター部門のみか、センター部門以外の機能を有しているかの問いに対して、センター部門のみは 22 カ所全体の 38.6% であり、センター以外の部門を有しているところが 35 カ所 61.4% であった。

センター部門以外の機能の有無		
	度数	パーセント
センター部門のみ	22	38.6
センター部門以外の機能あり	35	61.4
合計	57	100

センター以外の部門としては、診療部門、デイケア部門が多いが、その他としては、身体障害者更生相談所、知的障害者更生相談所、発達障害者

支援センター、高次脳機能障害相談支援センターなどがあった。

センター部門以外の部門 (N=35)

センター部門以外の部門	応答数	パーセント	ケースのパーセント
救急部門	4	6.8%	11.4%
診療部門	22	37.3%	62.9%
デイケア部門	19	32.2%	54.3%
社会復帰部門	3	5.1%	8.6%
その他	11	18.6%	31.4%
合計	59	100.0%	168.6%

精神保健福祉センターの各業務をどの職種が主任業務としているかの問いでは、企画立案が 1 位保健師 33.3%、2 位精神保健福祉士 22.9% であった。

企画立案

	度数	パーセント
精神科医師	7	14.6
PSW	11	22.9
保健師	16	33.3
看護師	1	2.1
臨床心理技術者	2	4.2
事務職	5	10.4
その他	6	12.5
合計	48	100

技術指導及び技術援助は、1 位保健師 35.4%、2 位精神保健福祉士 22.9% であった。

技術指導及び技術援助

	度数	パーセント
精神科医師	6	12.5
PSW	11	22.9
保健師	17	35.4
臨床心理技術者	8	16.7
その他	6	12.5
合計	48	100

人材養成は 1 位保健師 57.4%、2 位精神保健福祉士 25.5% であった。

人材育成

	度数	パーセント
精神科医師	1	2.1
PSW	12	25.5
保健師	27	57.4
臨床心理技術者	2	4.3
事務職	1	2.1
その他	4	8.5
合計	47	100

普及啓発は 1 位保健師 39.6%、2 位臨床心理技術者 20.8%、3 位精神保健福祉士 16.7% であった。

普及啓発		
	度数	パーセント
精神科医師	2	4.2
PSW	8	16.7
保健師	19	39.6
看護師	1	2.1
臨床心理技術者	10	20.8
作業療法士	1	2.1
事務職	2	4.2
その他	5	10.4
合計	48	100

調査研究は1位保健師 27.7%、2位臨床心理技術者 23.4%であった。

調査研究		
	度数	パーセント
精神科医師	9	19.1
PSW	7	14.9
保健師	13	27.7
看護師	1	2.1
臨床心理技術者	11	23.4
作業療法士	1	2.1
事務職	1	2.1
その他	4	8.5
合計	47	100

精神保健福祉相談は1位臨床心理技術者 35.4%、2位保健師・精神保健福祉士 27.1%であった。

精神保健福祉相談		
	度数	パーセント
PSW	13	27.1
保健師	13	27.1
臨床心理技術者	17	35.4
その他	5	10.4
合計	48	100

組織育成は1位保健師 41.7%、2位精神保健福祉士 22.9%であった。

組織育成		
	度数	パーセント
PSW	11	22.9
保健師	20	41.7
臨床心理技術者	5	10.4
作業療法士	1	2.1
事務職	5	10.4
その他	6	12.5
合計	48	100

精神医療審査会の審査事務は1位事務職 31.3%、2位保健師 22.2%、3位精神保健福祉士 20.4%であった。

精神医療審査会の審査事務		
	度数	パーセント
精神科医師	2	3.7
PSW	11	20.4
保健師	12	22.2
看護師	1	1.9
臨床心理技術者	2	3.7
事務職	17	31.5
その他	9	16.7
合計	54	100

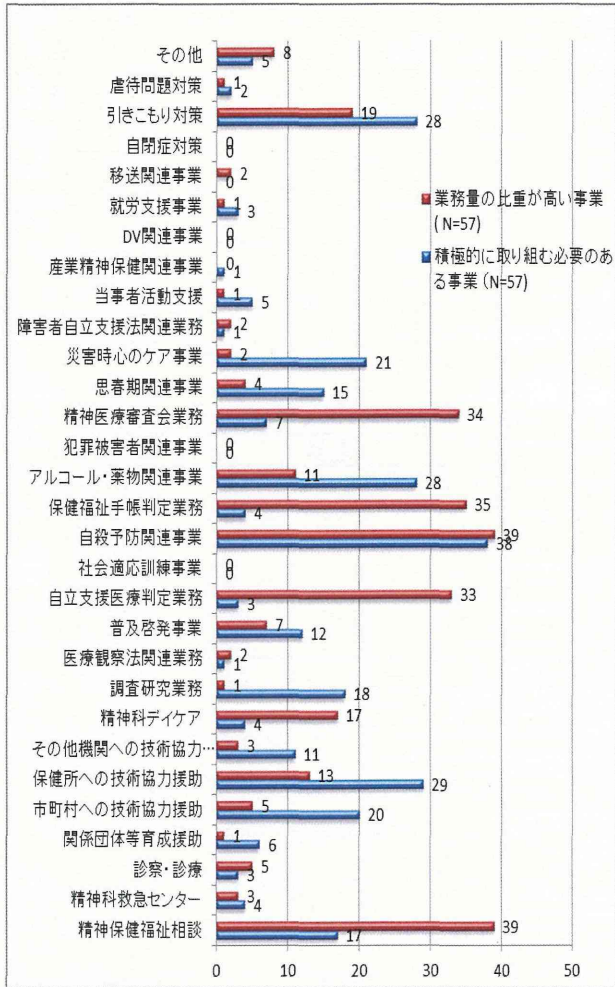
自立支援医療及び手帳の判定は1位事務職 58.8%、2位精神保健福祉士 17.6%であった。

自立支援医療及び精神障害者保健福祉手帳の判定		
	度数	パーセント
精神科医師	9	17.6
PSW	6	11.8
保健師	2	3.9
臨床心理技術者	2	3.9
事務職	30	58.8
その他	2	3.9
合計	51	100

精神保健福祉センターの各事業に関する業務量と今後積極的に取り組む必要のある事業については、自殺予防関連事業に関して現在の業務量、今後の積極性ともに高い事業であった。

精神医療審査会、自立支援医療判定業務は、業務量が高いが、今後積極的に取り組む必要性は感じていない。災害時の心のケア、アルコール・薬物関連事業、調査研究業務、保健所・市町村への技術協力は、現在の業務量は高くないが、今後積極的に取り組み必要性はある事業としている。

図1. 精神保健福祉センターの業務量



精神保健福祉士が所属していない精神保健福祉センターが 16 カ所であった。精神科医がいないセンターは 0 カ所、保健師がいないセンターは 1 カ所、臨床心理技術者がいないセンターは 6 カ所で、作業療法士のいないセンターは 37 カ所、看護師のいないセンターは 32 カ所であった。

精神科医師		
度数	パーセント	
1	19	33.9
2	9	16.1
3	9	16.1
4	1	1.8
5	3	5.4
6	5	8.9
7	2	3.6
8	2	3.6
9	2	3.6
11	1	1.8
12	1	1.8
20	1	1.8
28	1	1.8
合計	56	100

精神保健福祉士		
度数	パーセント	
0	16	28.6
1	14	25
2	8	14.3
3	3	5.4
4	1	1.8
5	4	7.1
6	2	3.6
8	2	3.6
9	1	1.8
10	1	1.8
11	1	1.8
17	1	1.8
22	1	1.8
27	1	1.8

保健師		
度数	パーセント	
0	1	1.8
1	5	8.9
2	17	30.4
3	12	21.4
4	7	12.5
5	5	8.9
6	4	7.1
7	2	3.6
8	1	1.8
11	2	3.6
合計	56	100

看護師		
度数	パーセント	
0	32	57.1
1	7	12.5
2	1	1.8
2	6	10.7
3	3	5.4
4	1	1.8
5	4	7.1
19	1	1.8
21	1	1.8
合計	56	100

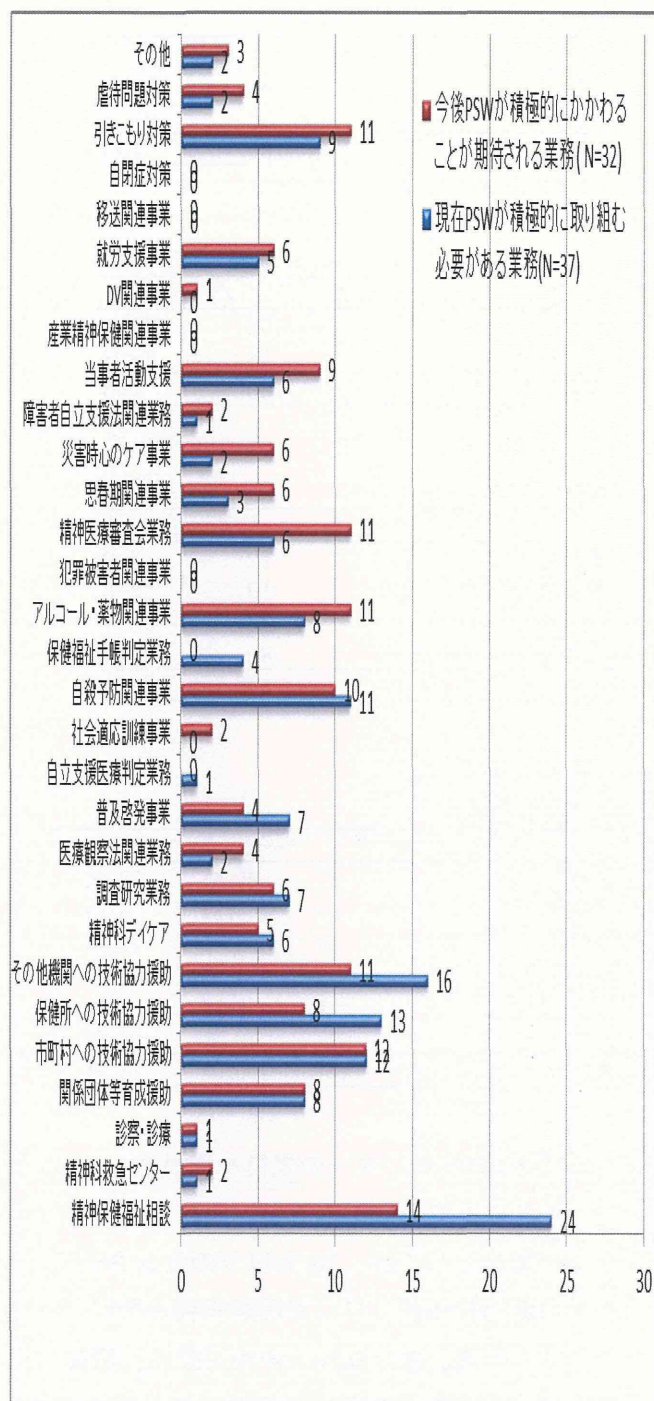
臨床心理技術者		
度数	パーセント	
0	6	10.7
1	12	21.4
2	9	16.1
3	7	12.5
4	7	12.5
5	5	8.9
6	3	5.4
7	3	5.4
8	2	3.6
9	1	1.8
14	1	1.8
合計	56	100

作業療法士		
度数	パーセント	
0	37	66.1
1	11	19.6
2	5	8.9
3	1	1.8
4	1	1.8
6	1	1.8
合計	56	100

現在精神保健福祉士が積極的に取り組む必要がある業務は、1位が精神保健福祉相談、2位がその他の機関への技術協力援助、3位が保健所への技術協力援助、4位が市町村への技術協力援助であった。

将来、精神保健福祉士が積極的に取り組む必要がある業務は、1位が精神保健福祉相談、2位が市町村への技術協力援助、3位がその他機関への技術協力援助、アルコール・薬物関連業務、引きこもり対策、精神医療審査会業務であった。

図2. 精神保健福祉士が取り組むべき業務



精神保健福祉センターに所属する精神保健福祉士 160 名についての実態は以下の通りである。女性が 57.5%、平均年齢は 40.7 歳、センター以外での勤務経験は「あり」が 63.7%であった。センターでの職位は、課長相当が 7.8%、係長相当が 12.3%で、精神保健福祉士以外の資格では社会福祉士が最も多く 60.6%であった。

性別

	度数	パーセント
男性	68	42.5
女性	92	57.5
合計	160	100

センター以外での勤務経験有無

	度数	パーセント
あり	102	63.7
なし	58	36.3
合計	160	100

職位

	度数	パーセント
課長相当	12	7.8
係長相当	19	12.3
主任相当	35	22.7
その他	88	57.1
合計	154	100

資格 (N=89)

PSW以外の資格

	応答数	パーセント	ケースのパーセント
社会福祉士	63	60.6%	70.8%
看護師	5	4.8%	5.6%
保健師	10	9.6%	11.2%
作業療法士	2	1.9%	2.2%
臨床心理士	4	3.8%	4.5%
その他	20	19.2%	22.5%
合計	104	100.0%	116.9%

精神保健福祉センターの規模を職員数18名以下と19名以上で分けてみると、現在業務量の比重が高い業務としては、18名以下のセンターでは、精神保健福祉相談、自立支援医療判定業務、自殺予防関連事業、保健福祉手帳判定業務、精神医療審査会であった。19名以上のセンターでは、自殺予防関連事業、精神保健福祉相談、保健福祉手帳判定業務であった。

今後積極的にかかわる必要のある業務については、18名以下のセンターでは、保健所への技術協力援助、自殺予防関連事業であった。19名以上のセンターでは、自殺予防関連事業、アルコール・薬物関連事業であった。

現在業務量の比重の高い業務 度数分布表

会計区分	現在業務量の比重の高い業務 ^{a)}	N	応答数		ケースのパーセント
			パーセント		
合計2区分	精神保健福祉相談	1	20.0%		100.0%
	保健所への技術協力援助	1	20.0%		100.0%
	その他機関への技術協力援助	1	20.0%		100.0%
	自殺予防関連事業	1	20.0%		100.0%
	アルコール・薬物関連事業	1	20.0%		100.0%
合計		5	100.0%		500.0%
18人以下	精神保健福祉相談	20	14.4%		71.4%
	診療・診療	2	1.4%		7.1%
	市町村への技術協力援助	2	1.4%		7.1%
	保健所への技術協力援助	4	2.9%		14.3%
	その他機関への技術協力援助	1	0.7%		3.6%
	精神科デイケア	3	2.2%		10.7%
	普及啓発事業	4	2.9%		14.3%
	自立支援医療判定業務	19	13.7%		67.9%
	自殺予防関連事業	18	12.9%		64.3%
	保健福祉手帳判定業務	17	12.2%		60.7%
	アルコール・薬物関連事業	6	4.3%		21.4%
	精神医療審査会業務	22	15.8%		78.6%
	思春期関連事業	2	1.4%		7.1%
	災害時心のケア事業	1	0.7%		3.6%
	障害者自立支援法関連業務	1	0.7%		3.6%
	当事者活動支援	1	0.7%		3.6%
	移送関連事業	1	0.7%		3.6%
	引きこもり対策	14	10.1%		50.0%
	その他	1	0.7%		3.6%
合計		139	100.0%		496.4%
19人以上	精神保健福祉相談	18	12.5%		64.3%
	精神科救急センター	3	2.1%		10.7%
	診療・診療	3	2.1%		10.7%
	関係団体等育成援助	1	0.7%		3.6%
	市町村への技術協力援助	3	2.1%		10.7%
	保健所への技術協力援助	8	5.6%		28.6%
	その他機関への技術協力援助	1	0.7%		3.6%
	精神科デイケア	14	9.7%		50.0%
	調査研究業務	1	0.7%		3.6%
	医療観察法関連業務	2	1.4%		7.1%
	普及啓発事業	3	2.1%		10.7%
	自立支援医療判定業務	14	9.7%		50.0%
	自殺予防関連事業	20	13.9%		71.4%
	保健福祉手帳判定業務	18	12.5%		64.3%
	アルコール・薬物関連事業	4	2.8%		14.3%
	精神医療審査会業務	12	8.3%		42.9%
	思春期関連事業	2	1.4%		7.1%
	災害時心のケア事業	1	0.7%		3.6%
	障害者自立支援法関連業務	1	0.7%		3.6%
就労支援事業	1	0.7%		3.6%	
移送関連事業	1	0.7%		3.6%	
引きこもり対策	5	3.5%		17.9%	
虐待問題対策	1	0.7%		3.6%	
その他	7	4.9%		25.0%	
合計		144	100.0%		514.3%

a. 2分グループを値1で集計します。

§今後積極的にいかかわる必要のある業務 度数分布表

合計2区分		応答数		ケースのパーセント	
		N	パーセント		
今後積極的にいかかわる必要のある業務 ^a	精神保健福祉相談	1	20.0%	100.0%	
	保健所への技術協力援助	1	20.0%	100.0%	
	自殺予防関連事業	1	20.0%	100.0%	
	アルコール・薬物関連事業	1	20.0%	100.0%	
	災害時心のケア事業	1	20.0%	100.0%	
	合計	5	100.0%	500.0%	
18人以下	精神保健福祉相談	9	6.4%	32.1%	
	精神科救急センター	1	0.7%	3.6%	
	診察・診療	1	0.7%	3.6%	
	関係団体等育成援助	2	1.4%	7.1%	
	市町村への技術協力援助	8	5.7%	28.6%	
	保健所への技術協力援助	15	10.7%	53.6%	
	その他機関への技術協力援助	5	3.6%	17.9%	
	精神科デイケア	2	1.4%	7.1%	
	調査研究業務	9	6.4%	32.1%	
	医療観察法関連業務	1	0.7%	3.6%	
	普及啓発事業	9	6.4%	32.1%	
	自立支援医療判定業務	2	1.4%	7.1%	
	自殺予防関連事業	19	13.6%	67.9%	
	保健福祉手帳判定業務	2	1.4%	7.1%	
	アルコール・薬物関連事業	11	7.9%	39.3%	
	精神医療審査会業務	4	2.9%	14.3%	
	思春期関連事業	6	4.3%	21.4%	
	災害時心のケア事業	11	7.9%	39.3%	
	障害者自立支援法関連業務	1	0.7%	3.6%	
	当事者活動支援	2	1.4%	7.1%	
	就労支援事業	1	0.7%	3.6%	
	引きこもり対策	17	12.1%	60.7%	
	虐待問題対策	1	0.7%	3.6%	
	その他	1	0.7%	3.6%	
	合計	140	100.0%	500.0%	
	19人以上	精神保健福祉相談	7	5.0%	25.0%
		精神科救急センター	3	2.1%	10.7%
診察・診療		2	1.4%	7.1%	
関係団体等育成援助		4	2.8%	14.3%	
市町村への技術協力援助		12	8.5%	42.9%	
保健所への技術協力援助		13	9.2%	46.4%	
その他機関への技術協力援助		6	4.3%	21.4%	
精神科デイケア		2	1.4%	7.1%	
調査研究業務		9	6.4%	32.1%	
普及啓発事業		3	2.1%	10.7%	
自立支援医療判定業務		1	0.7%	3.6%	
自殺予防関連事業		18	12.8%	64.3%	
保健福祉手帳判定業務		2	1.4%	7.1%	
アルコール・薬物関連事業		16	11.3%	57.1%	
精神医療審査会業務		3	2.1%	10.7%	
思春期関連事業		9	6.4%	32.1%	
災害時心のケア事業		9	6.4%	32.1%	
当事者活動支援		3	2.1%	10.7%	
産業精神保健関連事業		1	0.7%	3.6%	
就労支援事業		2	1.4%	7.1%	
引きこもり対策		11	7.8%	39.3%	
虐待問題対策		1	0.7%	3.6%	
その他		4	2.8%	14.3%	
合計		141	100.0%	503.6%	

a. 2分グループを値1で集計します。

D-1. 考察

都道府県・政令指定都市の本課において、精神保健福祉士が配属されているところは、回答のあった40か所のうちでも5か所と少なく、同様に管轄の市町村、保健所においても精神保健福祉士の配置が少ない現状が把握できた。

さらには、精神保健福祉センターにおいても約3割で精神保健福祉士が配属されていない。このように、精神保健福祉の中心的な国家資格であるにもかかわらず、特に精神保健福祉を専門とする機関である精神保健福祉センターに精神保健福

祉士の配置されていない機関があることは、大きな矛盾といえる。

精神保健福祉センターにおける業務については、現在業務の比重が低いが、将来積極的に取り組む必要があるものとして、災害時の心のケア、アルコール・薬物関連事業、調査研究、保健所・市町村への技術協力であるとしている。

精神医療審査会、自立支援医療判定業務は、業務量は多いが、今後積極的に取り組む必要性は感じていない。

現在精神保健福祉士が積極的に取り組む必要がある業務としては、精神保健福祉相談、その他の機関への技術協力援助、保健所への技術協力援助、市町村への技術協力援助の順であった。

将来、精神保健福祉士が積極的に取り組み必要性のある業務としては、精神保健福祉相談、市町村への技術協力援助、その他機関への技術協力援助、アルコール・薬物関連業務、引きこもり対策、精神医療審査会業務の順であった。

精神保健福祉士が積極的に取り組む必要がある業務として、現在も将来も共に精神保健福祉相談であり、技術援助であるといえる。

将来精神保健福祉士が積極的に取り組む必要がある業務としては、アルコール・薬物関連業務、引きこもり対策、精神医療審査会業務としている。精神保健福祉センターとして将来積極的に取り組む必要があるとしているアルコール・薬物関連業務については、その業務を精神保健福祉士が主体となることが求められているといえる。

また、将来積極的に取り組む必要はないと考えている精神医療審査会業務について、精神保健福祉士が将来積極的に取り組む必要があると考えられている点では、現状では事務職の主任業務となっているところから、精神保健福祉士の専門的な知識、技術が必要とされる業務であるという認識があるといえる。

E-1. 結論

都道府県・政令指定都市の担当部署及び精神保

健福祉センターに精神保健福祉士の配置が少ないことから、精神保健福祉の行政窓口及び専門機関の精神保健福祉センターの配置が約3割と少ない現況は、今後の地域精神保健福祉活動の推進にとって課題となる。また、精神保健福祉センターにおける業務内容の拡大がみられ、今後、重視すべき業務として精神保健福祉相談及び技術援助、アルコール・薬物関連業務、引きこもり対策、自殺対策、精神医療審査会業務等への広がりがみられる一方、専門性を発揮すべき精神保健福祉士が配置されていない点が課題となる。

2次調査

B-2. 研究方法

調査概要は次のとおりである。

- 1) 調査名称：精神医療審査会事務局強化に関する調査
- 2) 調査目的：精神医療審査会事務局の実施体制の現状把握と法改正に関連した事務局強化の必要性、更には精神保健福祉士の専門性と必置性について各精神保健福祉センター担当者の意見把握することを目的とした。
- 3) 調査対象：各都道府県および政令指定 都市に設置されるセンター67カ所

※内訳：47都道府県及び20政令指定都市

- 4) 調査期間：平成25年10月22日～11月11日
- 5) 調査方法：記名式アンケート調査
- 6) 調査協力：全国精神保健福祉センター 長会
- 8) 調査事項（設問数5）：①自治体名（都道府県名及び政令指定都市名）、②精神医療審査会事務局強化の必要性の可否とその理由、②-1 必要な場合、どういった対応が考えられるか、②-2 精神保健福祉士の必置性の可否、③精神医療審査会事務局業務の体制について、③-1 審査会事務局の状況、人員数、職種別構成割合、精神医療審査会事務局業務に係わる登用職種とその人員数、③-2 専任職員の配置状況、その職種名、③-3 業務に係わる精神保健福祉士の関与の有無、③-4 精神保健福祉士の必置性について、③-5 精神保健福祉士増員の可能

性、登用の可否に関する理由（登用が出来ない訳）、④精神保健福祉法改正によって起こりうる業務上の変化について

C-2. 研究結果

本調査では、全国に設置されるセンター67カ所から回答を得ることができた。（調査票回収率：89.6%）

以下に各調査事項の結果を示す。

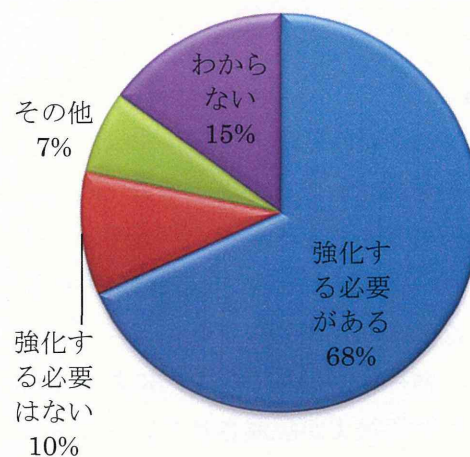
①自治体名

本調査では平成24年10月22日から調査を実施し、調査期日を経過しても多くの精神保健福祉センターから調査票の返信が見られ、最終的には前67センターから回収することができた。

②精神医療審査会事務局強化の必要性の可否とその理由

事務局強化については、「強化する必要がある」60センター中41センター（68%）、「強化する必要はない」同6センター（10%）と約7割のセンターが強化の必要があると回答した。（図1）

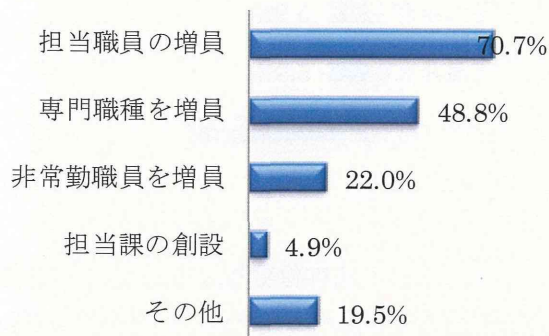
図1 審査会事務局業務の強化について



②-1 必要な場合、どういった対応が考えられるか
具体的な対応では、「担当職員の増員」29セン

ター（70.7%）、「専門職種を増員」20 センター（48.8%）、「非常勤職員を増員」9 センター（22.0%）と人員増を検討していることがわかった。（図2）

図2 事務局強化に必要な具体的な対応について



③精神医療審査会事務局業務の体制について

③-1 人員数、職種別構成割合

審査会事務局の人員配置では、2名配置が一番多く、3名、4名配置と続き、職種別では、保健師が一番多く、全体の41.7%続いて、精神保健福祉士、精神科医となった。（図3）（図4）

図3 審査会事務局の人員数

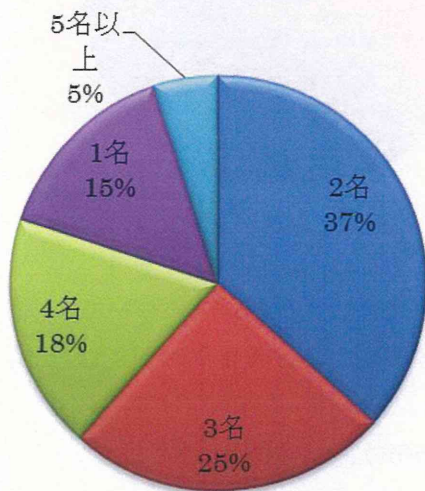
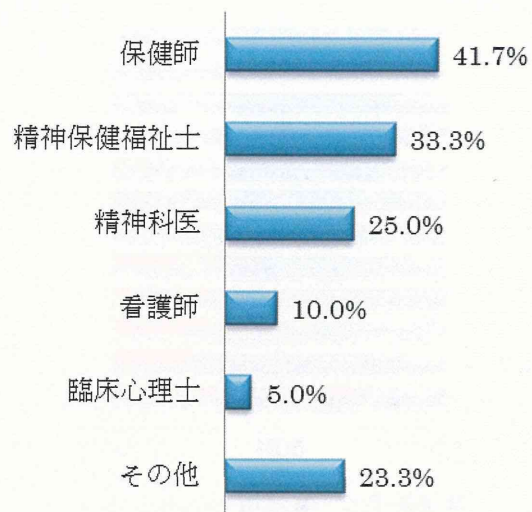
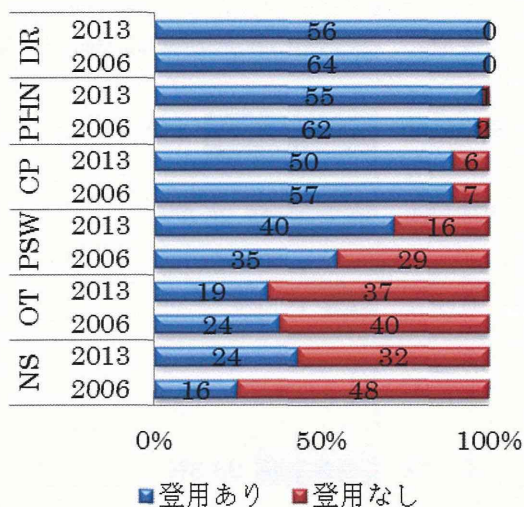


図4 職種構成割合



精神医療審査会事務局業務に係わる登用職種とその人員数では、センターの専門職種の職種別登用状況は2006年次調査と比較して、精神科医は、精神保健福祉センター運営要領に規定があるため、未配置センターはなく、100%は配置されていた。保健師は、未配置センター1カ所、今回の調査でも98.2%と高い登用状況にあった。臨床心理士は、未配置センター6カ所、今回調査で89.3%と06年調査（89%）とほぼ同水準だった。精神保健福祉士（PSW）は、未配置センター16カ所（全体の28.6%）、今回調査で配置率が71.4%と前回調査（55%）と比してもセンター内の職種では多く登用されてきた経過がわかった。作業療法士は、未配置センター37カ所、配置センターが減少したが、看護師は、32カ所配置率が増加傾向にあった。（図5）

図5 職種別登用状況（2013年/2006年調査比較）



③-2 専任職員の配置状況、その職種名

審査会事務局の専門職配置状況では、専門職は全体の35%に止まり、常勤職種では事務職、保健師、精神保健福祉士、精神科医の順となった。（図6）（図7）

図6 専門職の有無

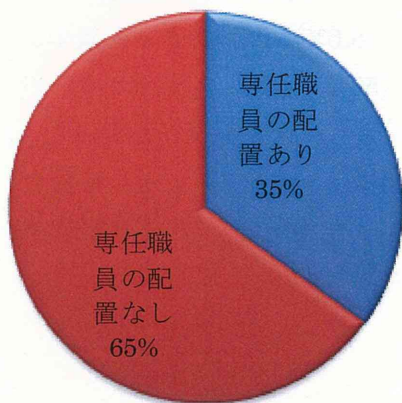
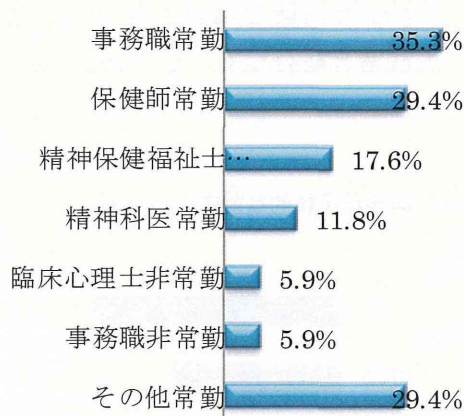
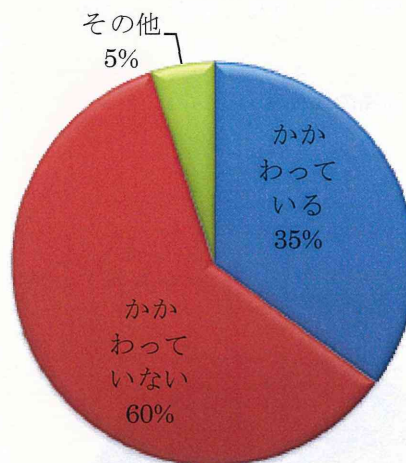


図7 専門職の配置状況



③-3 業務に係わる精神保健福祉士の関与の有無
審査会業務への係わりでは、「係わっている」が全体の35%に止まり、65%が係わっていなかった。担当係に配属されても審査会業務に係わっていない精神保健福祉士がいることもわかりました。（図8）

図8 審査会事務局への精神保健福祉士の関与

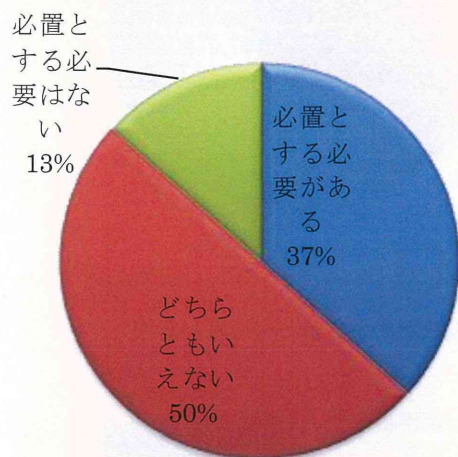


③-4 精神保健福祉士の必置性について

精神保健福祉士の必置性については、「必置が必要である」22カ所（37%）、「どちらでもない」30カ所（50%）、「必置は必要ではない」8カ所（13%）だった。「どちらでもない」の理由に「法改正による業務量が不明確である」「現時点では法改正後の実施体制を考えることが出来ない」

「ただ、業務量が増加するようであれば、必置も必要である」等の意見も多く、「どちらでもない」を否定的な意見と取らないのであれば、全体の約8割が精神保健福祉士の必置性が必要であると解釈できる。(図9)

図9 精神保健福祉士の必置性について



③-5 精神保健福祉士増員の可能性、登用の可否に関する理由（登用が出来ない訳）

また、既に精神保健福祉士を登用済みのセンターに対し、今後の登用の可能性を確認したところ、現行維持が全体の50%を占め、増員を検討するは、23%に止まりました。

登用をしたいと考える理由では、「入院治療や処遇面における権利予後の視点を持つ」「精神科医療と障害福祉の両面に専門性を有する」「精神保健福祉に係わり法制度に精通している」「治療者ではない支援者としての視点を有する」がその上位を占めた。(図10)

図10 精神保健福祉士を登用したい理由



精神保健福祉士の必置性についての意見（自由記載）

必置は必要である

「入院治療計画などを審査するには事務局側にも専門職は必要である。」「退院請求などの事務では、行政職より専門的な対応が可能となる。」「退院に向けたプログラムチェック機能のため」「審査に当たっては事務局にも生活環境に熟知した専門職が必要である。」「法改正により入院届の入院診療計画や退院に必要な支援や環境調整で専門知識が必要だから」「法律に精通し、障害福祉に専門性があるため」「法改正に伴い、早期退院に向けた病院管理者の責務の追加や、審査会に関する見直しがあったため、退院請求等の精神保健福祉に精通し、精神科医療にも専門性をもつ精神保健福祉士を事務局に必置とする必要性がある。」「入院患者の人権の更なる擁護や医療と福祉の円滑な連携等、専門職を必置とする必要がある。」「法改正に伴い、事務局の業務量の増加に加え、書類審査や退院請求審査で、専門的な知識がないと判断できない事例の増加が見込まれる。そのためにも、精神保健福祉士の必置は必須である。」「退院等の請求対応も含め、精神保健福祉法を熟知し、相談対応可能な者が担当する必要性があるため」その他、意見多数あり。

必置は不要である

「人事に配置規定がないため」「配置したくても人員が確保されない」「精神保健福祉士を置いた方が望ましいが、必置とすると人員確保に困難を生じるから」「行政職でも十分に対応は可能」「心理職で十分であり、何故精神保健福祉士である必要であるのかわからない」「今まで保健師など他職種で、対応できているため」「審査は委員がするものであり、事務局に専門職を置く必要性は感じていない」（他職種でも可）「関係法令の理解や解釈・運用では行政官としての能力が第一であり、精神障害者に対するケースワーク能力については二次的素養である。そのため、精神保健福祉士の必置が求められるとは考えにくい。」「委員として、精神保健福祉士を登用する可能性はあるが、事務局職員として登用するかについては、議論ができていない。」「事務局業務への専門職登用は専門性を生かす点で疑問がある。」その他、意見多数あり。

続いて、今まで審査会業務に精神保健福祉士が関わっていないセンターの意見では、精神保健福祉士の登用は「未定である」と回答したセンターは全体の64%を占め、現行維持のセンター36%となった。（図11）

また、その理由として「人事規定にない」（76.3%）「他職種・事務職でも業務上問題はなし」（28.9%）（21.1%）とする意見が多くみられた。（図12）

図11 今後の精神保健福祉士の登用について

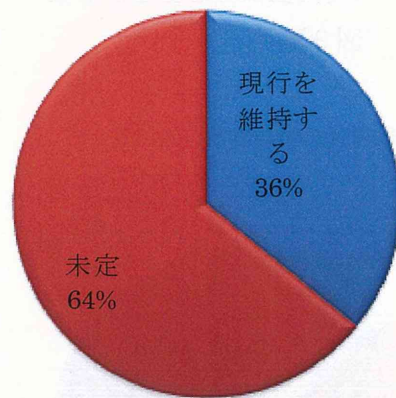
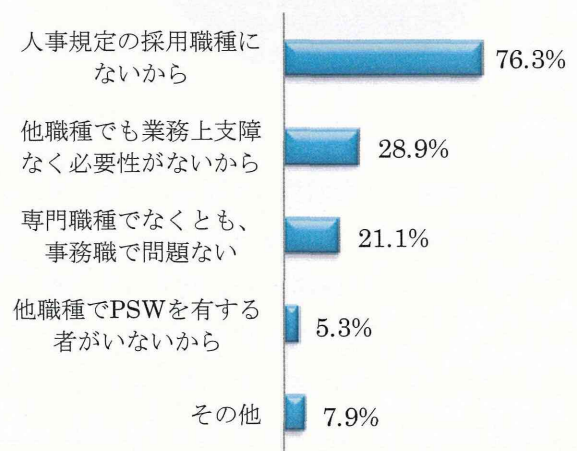


図12 精神保健福祉士が関わっていない理由



④精神保健福祉法改正によって起こりうる業務上の変化について

代表的な意見は以下のとおりである。

「当面業務作業が増え、事務局の負担も増える。」
「退院請求では、請求内容が多様化し、審査が複雑となる可能性が考えられる。」「医療保護入院の同意者が家族に拡大されるため、退院請求等の事前審査業務が増えることが予測される。」「業務の質及び量の負担増が明らかで、審査の精度・スピードの維持は困難。いずれかのレベルが落ちるおそれがある。」「職員体制や委員数の増加は期待できないため、センター全体の業務の執行が影響を

受けるのではないかと懸念される。」「退院請求の増加、医療保護入院同意者の確認について、慎重に行う必要があるため、現時点では全く方針がはっきり出ていない状況である。」「退院に向けた地域移行支援を見据えた審査が必要となる。病院がどの程度取り組んでいるのか、本人がそれをどう理解するのか、3 か月程度の入院でどこまでできるのか。」

その他多数の意見があった。

D-2. 考察

(1) 精神保健福祉センターに配置される専門職種では、2006 年調査に比較すると本調査実施時点でセンターに配置される精神保健福祉士は前回調査 55%から 71.4%と大きく増加したものの、未配置センターは約 3 割あった。

(2) 各センターの約 7 割が法改正に伴う審査会の事務局強化の必要性を感じており、その対応では、担当職員の増員を検討していた。

(3) 精神保健福祉士の必置性については、「必置は不要である」と回答したセンターは全体の 1 割に止まり、「どちらでもない」(50%) とする理由の多くが法改正の内容が不明確であるといった理由であった。「必置が必要」(37%) と合わせると 9 割弱のセンターが精神保健福祉士の必置性に肯定的な意見が多くみられた。

(4) 精神保健福祉士の審査会業務への関与では、全体の 6 割が関与していなかった。

(5) 精神保健福祉士の登用見込みについては、「現行維持」が 5 割、「登用を検討」は 2 割今日に止まった。

(6) 精神保健福祉士の関与のない理由では「人事規定にない」が全体の 7 割を占め、今後の登用に関しても「未定である」が全体の 6 割を占めた。今までの他の調査において、精神保健福祉士の登用の可否についての設問でも、いくつかの都道府県センターにもあるように保健師などで精神保健福祉士資格を有する者がいる場合や、精神保健相談員、社会福祉職、その他、都道府県、政令市

職員登用の資格（人事規定等）精神保健福祉士を登用が明記されてきていない自治体の場合、今後も登用の議論さえできていない現状が浮かび上がった。

E-2. 結論

(1) 全国のセンターの人員配置や業務内容等を比較すると全国的な地域格差が大きい。各自治体の採用基準で、精神保健福祉士の配置、そのものが明確に位置付けられていない現状がある。

(2) 今回の法改正では、特に医療保護入院制度の見直しを実施され、入院期間の短縮化と地域移行のための仕組みが明確化され、精神医療審査会の運用も大きく変化することとなった。また、審査会業務の運用面でも有識者委員に精神保健福祉に学識を有する者（精神保健福祉士）を当てることとなり、精神科病院管理者に対しても、精神保健福祉士などの退院後生活環境相談員を選任する等、精神保健福祉士への役割が大きくなってきた。

(3) 精神保健福祉士登用促進に関する設問では、残念ながら、今回の調査でも、従前同様「人事規定にない」とする回答が多くみられたが、一方、必要性に関する記述もある一定程度見受けられた。

(4) 精神医療審査会事務局に精神科医療とする志の専門的知識を有する精神保健福祉士を配置することは、迅速性と確実性を担保しつつ、人権に配慮された適切な審査会業務遂行が可能となる。

(5) そのためにも、今法改正時に、各自治体の人事規定の見直しがなされ、精神保健福祉センター運営要領等の規定に「精神保健福祉士の必置性が明記される必要性を強く施策提言するもの」である。

インタビュー調査

B-3. 研究方法

平成 24 年度に精神保健福祉センターに対して

実施した調査において把握できた、精神保健福祉士が配置され、かつ精神保健福祉活動が活発に展開されている市町村の担当精神保健福祉士に対してインタビュー調査を実施し、精神保健福祉士の有効性について把握した。

C-3. 調査結果

(1) A市調査

■PSW 採用当初は、障害福祉主管課の管理職に知的、身体を担当していた知的障害者福祉司、身体障害者福祉司はいたが、精神障害者の担当が不在であった。平成 14 年より市町村業務として精神障害者を担当することになってきたため、PSW を 2 名採用（3 年間の期限付きとして）。実情としては、庁内各課で人格障害者の対応で困っていた現状もある。

精神障害者への対応として、精神保健福祉士に期待されていたが、採用当初は精神障害者はすべて PSW が対応するという風潮があったため、精神障害者への対応等について他の職員に助言等をおこなうなかで徐々に PSW の業務の整理を行い、現在では、精神障害者に対してすべて PSW が対応というわけではなく事務的な業務は一般行政職が行い、相談業務を中心に PSW が行っている。

■B氏がA市にPSWとして採用された経緯

A市が保健所を設置することとなり、これまで勤務していた PSW2 名では足りない状態となり、今まで勤務していた PSW が保健所設立準備室に移ることとなり、障害福祉主管課で 1 名不足した状態であったため、採用となった。翌年に市保健所へも新たに 1 名の PSW が配置された。精神障害者の相談窓口が複数あることで市民に対して混乱や二度手間を防ぐためにわかりやすい相談窓口として、平成 20 年に市保健所の精神保健福祉相談の窓口を市民からアクセスしやすい本庁舎の障害者支援課に一本化し、市町村業務と保健所業務を PSW4 人が兼務して業務を行っている。

■県保健所との関係

- 事務的なやりとり（22 条、23 条通報の経由事務、入退院届の申達、障害者手帳、自立支援医療申請書の申達）くらい。
- 技術協力やスーパービジョン等は一切おこなわれていない。
- 県保健所に対して 23 条や入退院届の運用面について市保健所から担当者レベルでは指摘している事項はある。

■県内市町村 PSW との連携について

- 県内市町村に常勤の PSW 配置がない現状

■市町村行政について

- 相談内容に応じて、ケースワークであれば保健所業務、ソーシャルワークであれば市町村業務としておこなっている。ケースワークでも保健所業務以外のものについては、委託している相談支援事業所を活用して、相談支援専門員等にケースワークをおこなってもらっている。また、相談支援専門員等へは技術的な助言等を行っている。
- 連絡会議の実施 月に 1 回市内の相談支援事業所 19 カ所（必要に応じて学校や病院等の関係機関も加わる）と定期的な会議や事例検討を青森市が主催で実施している。連絡会議では相談支援専門員に求められる業務に必要な情報共有や意見交換がおこなわれ（B 氏らが中心となり）、事例検討会では、相談支援専門員に定期的な On-JT や Off-JT の機会を作り、市の PSW が技術指導をおこなっている。
- 市の相談支援事業全体のマネジメント
- サービス等利用計画作成の指導
計画相談支援の内容について相談支援専門員と話し合っ、利用者のためのサービス等利用計画になっているかを 1 ケースごと一緒に考えて作成している。
例：本人のニーズ（解決すべき課題）についてのとらえかた。目標の設定の仕方。について、技術的な助言。
本人の思いをとらえているかを確認してい

る。

■精神科医療知識について

- 行政職のなかの精神科医療知識をもつ職員という位置づけは合っていると思う。
- 精神障害者が日常的にどういうところに困っているかを、病状（症状）からきているものなのか、生活スキルからくるものなのかを考えながらケース毎に必要な支援につなげている。

■行政 PSW としてのメリット

- 必要な人材を集めやすい。民間精神科病院の PSW が人を集めようとしてもなかなか集められないが、行政 PSW であればその点はクリアできる。
- 必要な施策を予算化できる。予算化しやすい理由として、必要な施策かどうかを専門的な視点で客観的な数値を用いて説明できるから。

■人材育成・確保について

- 市町村業務と保健所業務を一体的におこなえるメリットとデメリットがある。
- 福祉行政はすすめられるが、保健行政が進まない状況（市保健所の建物内に精神保健福祉担当者がいないため、他の保健所職員から精神保健福祉の理解が進まない（保健師からは精神障害者に対する苦手意識が強く残っている））。
- 庁内の連絡会議が開催できない状況（認識不足があり、必要性を感じてもらっていない）
- 精神保健福祉相談の記録は所長まで呈覧しているので、記録の書き方を工夫してケース内容や精神障害者やその家族への関わりについて上司に理解をしてもらうように働きかけている。
- 来年度、PSW2名増員予定（保健と福祉をもう少し整理したいという意向があるようだ、とのこと）
- （B氏の個人的見解として）
研修認定精神保健福祉士を行政 PSW の採用

条件にすることで一定の経験年数や専門的な知識や技術の担保などができるのではないだろうか。

■行政 PSW に求められるソーシャルワーク技術

- 地域づくり、顔のみえるつながりを作り上げていく間接的支援
- （精神障害者の個別支援の部分は相談支援事業所・相談支援専門員が主担当になるが、継続的な支援が可能になるために、システム化していくには行政 PSW の関与が必須。
- また、相談支援専門員に対して必要な助言や指導（コンサルテーション）をおこなう役割がある。これらのことを通して地域づくりに関与していく）
- 障害者関係施設だけでなく、地域の相談機関（地域包括支援センター、民生委員、警察署等）との連携や協力を行い、相談に来られない人に対しても支援がつながるような関係作り（きめ細やかなサービス）や問題解決が図れるような関係作り。
- 虐待防止法関連における仕組みづくりや課内体制作り
- 自立支援協議会の活性化（立ち上げの段階では PSW が主体的に関与するが、専門的な視点をもって地域の課題について整理していく。協議会の運営を丸抱えするのではなく、徐々に一般行政職にまわしていく（だんだんと行政 PSW がフェイドアウトしていくようなイメージ））

(2) C市の調査

■市町村行政職精神保健福祉士業務の特徴

- 配属先と役職によってその業務や役割には差がある。
配属先の違いであるが、C市役所の場合、障害福祉課支援係（精神担当）に2名、保健センター保健係精神担当に1名の精神保健福祉士がいる。前者は福祉行政、後者は保健行政を担当し、部局までが違っている。そのこと

で業務内容も連携先も違う。公務員の場合縦割りなので、業務の特徴を問う場合、どこに配置されているか確認する必要がある。

➤ 業務の特徴

精神保健福祉士業務には多く分けてソーシャルワークとケースワーク業務がある。身障・知的との比較であるが、身障・知的は市行政が持つ社会資源や制度があるため、自己完結型が可能であるため、ケースワーク業務が中心あることが可能であるが、精神は自己完結が困難である。したがって他機関連携を含むソーシャルワーク業務が多くなる。特に精神は医療機関との調整が不可欠であるため、精神科の医療資源を持っていないC市としては、民間医療機関との連携業務が最重要課題である。

➤ 求められる機能・役割

精神科医療機関との調整のためには、精神科医療に関する知識が重要である。福祉的知識を持つ職員は支援係中に多いが、精神科医療に関する知識を持つ職員が少ないためである。スタンスとしては、病院時代は「医療チームの中で福祉の知識を持つ職員」であったが、今は「福祉チームの中で精神科医療知識を持つ職員」という感じである。

■ 民間精神保健福祉士との違い

➤ 民間病院時代の経験から

繰り返しになるが、精神科病院では「福祉の専門知識」を、福祉行政では「精神医療に関する知識」を求められた気がする。精神科病院ではケアマネジメントやクリニカルパスなど、計画的・多職種協働を中心とした業務のマネジメントを行ってきた。またニーズから社会資源の創設を行った。しかし、行政職となって感じるのは知的・身障領域は、個別支援に関してもケアマネジメント的な発想が少ない。多くは社会資源との連結が中心で、そこにはマネジメントというような概念が薄いことに驚いた。おそらく精神に比べて社

会資源や制度が充実していたためであり、連結だけで当面の解決が可能だったためであろう。その点、むしろ精神領域の方が今や進んでいるのではないかと。

➤ 行政職であるメリット

本来マネジメントや社会資源の創設は行政が行うべき役割であるし、またやり易い業務である。民間病院が声を掛けても他の機関への影響は限定的である。

また個別支援で関わったケースのニーズ充足のために、地域自立支援協議会及び福祉計画等への反映や、必要な施策を予算化するなど、行政職だからやり易い部分が多い。

(実施した例：精神障害者に対するホームヘルパー研修事業や相談支援事業所の設置など)

このように、民間精神病院で培った知識・経験がそのまま行政職として使えると感じている。民間と行政の大きな違いは、その努力が直接施策に影響を与えることができるか否かである。

■ C市役所における人材確保及び育成

➤ 精神保健福祉職は5年以上の経験者を採用

C市では、社会福祉士は福祉職、精神保健福祉士は精神保健福祉職として分かれて募集をしている。前者は新卒も可だが、後者は経験5年以上を要する。(ただし福祉職として採用された中で精神保健福祉士を保持する者もいる)

➤ 精神保健福祉職の採用者は全員が精神科病院 PSW の経験あり

採用された精神保健福祉職は、全員精神科病院経験がある。これはある意味意図的である。精神科病院経験の PSW は精神科病院に対する経験から、医師との連携や他機関連携等に慣れており、マネジメント業務が得意である。障害者福祉課では受診の相談・援助が比較的多く業務としても不可欠となるため必要条件である。支援係では領域ごとの専門知識・