

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

精神保健福祉士の活動評価及び介入方法の開発と普及に関する研究

平成25年度 総括・分担研究報告書

**研究代表者 石川到覚
大正大学人間学部教授**

平成26（2014）年3月

目 次

I . 総括研究報告

精神保健福祉士の活動評価及び介入方法の開発と普及に関する研究	----- 1
石川到覚 (大正大学)	

II . 分担研究報告

1 . 精神科医療機関における精神保健福祉士の 活動評価及び介入方法研究 (医療研究班)	----- 7
岩崎 香 (早稲田大学)	
2 . 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 (行政研究班)	----- 42
伊東秀幸 (田園調布学園大学)	
3 . 障害福祉サービス・自立支援における精神保健福祉士の 活動評価及び介入方法研究 (障害研究班)	----- 62
中村和彦 (北星学園大学)	
4 . 介護サービス施設・事業所等介護支援における精神保健福祉士の 活動評価及び介入方法研究 (介護研究班)	----- 80
金子 努 (県立広島大学)	

. 分担研究資料

1 . 精神科医療機関における精神保健福祉士の活動評価及び介入方法研究 (医療研究班) 調査票名「精神科外来に係る精神保健福祉士の業務の実態調査」	----- 1
2 . 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 (行政研究班) 調査票名「精神医療審査会事務局強化に関するアンケート調査」	-----15
3 . 障害福祉サービス・自立支援における精神保健福祉士の活動評価及び介入方法研究 相談支援事業所を対象とした調査票	-----19
4 . 介護サービス施設・事業所等介護支援における 精神保健福祉士の活動評価及び介入方法研究 (介護研究班) 地域包括支援センター及び在宅介護支援事業所を対象としたアンケート調査票	-----24

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業（精神障害分野）
総括研究報告書

精神保健福祉士の活動評価及び介入方法の開発と普及に関する研究

研究代表者 石川到覚 大正大学人間学部・教授

研究分担者	研究機関名・職
岩崎 香	早稲田大学人間科学学術院・准教授
伊東 秀幸	田園調布学園大学人間福祉学部・教授
中村 和彦	北星学園大学社会福祉学部・教授
金子 努	県立広島大学保健福祉学部・教授

研究要旨：本研究は、精神保健福祉士の活動評価及び介入方法の開発と普及をめざし、その精神保健福祉士の活動領域を 4 分類した調査研究班（以下の【 】内は研究分担班名）で平成 24 年度～26 年度の 3 か年計画で進めている。平成 25 年度の【医療研究班】は、前年度の全国調査の再分析とともに、その調査結果を検証するために質的調査として精神科医療機関の精神保健福祉士 10 名への面接調査と、5 病院で多職種へのグループインタビュー調査を実施した。また【行政研究班】は、前年度の 2 次調査の再分析とともに、精神医療審査会の全国実態調査と、市町村で精神保健福祉活動を活発に展開する精神保健福祉士を対象に面接調査を実施した。【障害研究班】は、広島県三原市、東広島市、北海道釧路市の相談支援事業所への面接調査と、札幌市の 18 か所の委託相談支援事業所への配票調査を実施した。【介護研究班】は、石川県と広島県の比較研究を意図した地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所を対象に第 1 次及び第 2 次による 2 段階の量的調査を実施した。

その結果、【医療研究班】では、精神保健福祉士が医療機関における多職種チームで調整機能を果たし、医療機関内外における連携を強化し、在院日数の短縮、病床回転率の上昇、外来患者数の増加と関連していることが示唆された。【行政研究班】では、精神保健福祉センターにおける精神保健福祉士の必置への課題が浮き彫りになり、精神保健福祉活動を活発に展開する市町村では、精神保健福祉士の配置による専門性を活かしたミクロからマクロまでの包括的な実践が明らかになった。【障害研究班】では、制度変革期中、さまざまな課題を抱えていることが浮き彫りになり、利用者に対する「包括的なアセスメント力」と関係機関や地域との「連携力」が求められ、加えてそれらについてのスキルアップの機会（研修等）が不足していることが明らかとなった。【介護研究班】では、調査地域で精神疾患にかかる困難事例を少なからず抱えている実状が明らかとなる一方、精神科医療機関との連携に多くの課題を抱えており、それらの課題解消の手立てとして、連携に関する研修の実施を望む声が多いことが明らかとなった。

本年度の総括的な結論は、精神保健福祉士の配置が各サービス提供に有効となることが明らかとなり、今後は「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえた精神保健福祉士が果たすべき役割を明確化すること、また、新たな政策課題に対応できる精神保健福祉士の専門性をさらに高める養成及び研修体制の具体的な実施内容や方法などを提言するとともに、市町村における包括的・総合的な地域生活支援システムの構築に係る課題が示唆された。

A. 研究目的

本研究の最終的な目標は、人生（ライフステージ）における精神保健福祉（メンタルヘルス・ソーシャルワーク）の向上と推進を図るべく、その研究課題に応えることである。まずは焦点化した研究課題の中核となる精神科医療と障害保健福祉サービス及び介護サービス等に加え、行政機関等において精神保健福祉士の活動評価及び介入方法の開発とともに、その普及のための研修プログラムづくりをめざすことにある。その焦点には、精神科医療と障害保健福祉・介護サービス及び行政との円滑な連携を精神保健福祉士によって促進させることであり、それら相互の連携強化が図れる人材やシステムづくりには、基本的な条件整備のための財源が必須となり、そうした条件づくりの裏付けとなるエビデンスを提示することにある。今後とも重要視される精神障害者を地域で支える拠点となる精神科医療機関をはじめとして基幹地域相談支援センター等及び地域包括支援センター等への精神保健福祉士の配置の根拠をも明らかにすることである。

B. 研究方法

研究方法は、対象となる精神保健福祉士が活躍する領域が拡大しているため、研究組織の構成を4つの研究分担班で編成した。その各分担班の研究アプローチは多少の違いがあっても、わが国の精神保健医療福祉における精神保健福祉士の基礎的な現況を把握できていないという実態を踏まえ、ナショナル・サーベイによる量的調査を基本に置きながら進め、量的なエビデンスでは示すことのできない質的な内容においては、事例研究及び質的研究法を中心とした研究方法によって当該の研究課題を解明する。

今後、精神保健福祉施策が市町村で展開されている中で精神障害者の地域生活支援は、精神科医療機関と地域生活に係る機関や事業所等に地域移行支援・地域定着支援での連携の実際及び必要性についての量的な調査を実施している。それと

並行して先駆的事例の聞き取り調査を実施し、精神保健福祉士によって円滑な連携が図られることの結果や効果を明らかにする。

なお、調査研究の設計では、先行研究のレビュー及び先進地を対象にした聞き取り調査を組合せて実施している。

C. 研究結果

平成25年度の調査研究は、前年度の成果と課題を踏まえ、以下の(1)～(4)の4つの研究分担班で構成して調査研究を展開した。

(1)【医療研究班】では、全国調査による精神科外来業務の再分析から精神保健福祉士の配置人数及び配置形態によって相談支援業務の頻度に差が生じていた。精神保健福祉士による相談支援業務の頻度と精神科長期入院者の退院数に正の相関がみられた。精神保健福祉士による相談支援業務に関する分業が進むと長期入院者に対する退院支援に係る業務の頻度が高くなる傾向にあった。精神科外来及び病棟・機能別に精神保健福祉士を専従で配置すれば長期入院者の退院促進が予測された。さらに精神科外来における精神保健福祉士の連携業務を中心に質的に再分析したところ精神科外来患者に係る生活環境の調整及び福祉等のサービス利用に関する調整業務に精神保健福祉士が一定の-effortを確保して取り組むことが長期入院患者の退院促進と精神科外来患者の生活安定に効果のある傾向をとらえた。

また、東京近郊において「精神療養病棟」及び「精神一般病棟」、「外来」に精神保健福祉士を配置している精神科医療機関10か所を選定し、そこに勤務する精神保健福祉士へのインタビュー調査、及び上記10か所のうちから、さらに5か所を選定し、医師、看護師、作業療法士、心理士等の多職種を対象にグループインタビューを実施した。結果として、1970年代からPSWとしての配置がはじまり、その後、デイケアや病棟の機

能分化によって、1990年代以降、配置が促進されたこと、精神科医療機関において精神保健福祉士は、その入口と出口に深く関わり、多職種チームにおける調整機能を果たしていることが明らかとなった。

(2)【行政研究班】では、都道府県及び政令指定都市の精神保健福祉センターを対象に精神医療審査会業務に焦点化した平成25年度全国調査の結果から審査会業務の強化の必要性があり、そのためには職員の増員とともに、その担当専門職には精神保健福祉士の配置が必要となる知見が得られた。よって、精神医療審査会の充実強化策には、精神保健福祉センターにおける精神保健福祉士の必置制が求められていた。

また、精神保健福祉活動を活発に展開していると考えられる市町村に配置されている精神保健福祉士への聴き取り調査から、精神科医療に強いソーシャルワーカーとしての専門性を十分に活かし、ミクロからマクロに至るトータルなソーシャルワーク実践を展開していることが明らかとなった。

(3)【障害研究班】では、先駆的に相談支援事業を展開している精神保健福祉士へのインタビュー調査（広島県三原市、東広島市、北海道釧路市、旭川市）及び、札幌市に所在する委託相談支援事業所へのアンケート調査から、障害福祉サービス領域による調査結果から事業形態・内容、利用者、職員等が「多様化」する現況にあり、それらが「抱える課題の多様化」を産出していた。精神保健福祉士が地域生活支援を展開する上での有意性が確認されたものの、精神保健福祉士の専門性を活かした継続的な実践基盤がなければ効果的な支援を展開できていない。「総合的・包括的なアセスメント力」と「関係機関・地域との連携力」が課題となっていた。上記の「力」の強化を要し、その支援方法論の精緻化と研修の提供方法を見出した。

また、ピアスタッフの育成と導入、計画相談や地域移行支援、地域定着支援の実施といった実践展開上の種々の課題が明らかとなった。

(4)【介護研究班】では、石川県と広島県の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所を対象にして精神科医療との連携の実態について量的調査を実施した結果、多くの介護支援専門員は精神障害者（認知症の人を含む）への介入事例の対応に苦慮している実態がある。精神科医療機関等との連携に必要性を感じ、実際には連携する際に課題がある。以上の結果を踏まえ精神科医療と介護との適切な連携を図るために精神保健福祉士と介護支援専門員を対象とした専門的な連携業務の推進に向けた研修プログラムを試作した。

D. 考察

【医療研究班】においては、外来において精神保健福祉士の配置数が増えると、外来患者及び家族に対する生活支援と受療にかかる支援業務の頻度が増大し、専従で配置する医療機関の方がその頻度が専従以外での配置より増すこと、また、

外来における精神保健福祉士の配置数が増えると、1年以上、あるいは5年以上入院期間がある患者の退院数が増加し、患者及び家族に対する生活支援と受療にかかる支援業務の頻度が増加すると1年以上の入院期間がある患者の退院数が増加する傾向をとらえることができた。これらは、外来に精神保健福祉士が配置されることにより、他部門の精神保健福祉士との間で分業が進み、外来における支援業務の頻度が高くなるという結果が産出するものと推察された。加えて、精神病床を有しない精神科医療機関においては、専従の精神保健福祉士の配置数が増えると、インターフェース、症状・障害に対する相談、福祉サービスの利用相談が増加する傾向にあること、精神科訪問看護において、患者の「日常生活の維持」及び「精神症状の悪化の防止」にかかる支援を中心

に、精神保健福祉士による支援が展開されていることがとらえられた。

また、多職種に対するグループインタビューからは、医療チームの一員として精神保健福祉士が認識され、退院支援におけるマネジメント機能、多職種連携の要としての評価が確認されたが、多職種間の相互理解や信頼を基盤に、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存在が重要であると理解できる。

【行政研究班】においては、都道府県・政令指定都市の本課、市町村や保健所において、精神保健福祉士の配置が少ないこと、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置されていないこと、また、精神保健福祉センターにおける業務として、災害時の心のケアやアルコール・薬物関連事業、調査研究、保健所・市町村への技術協力が今後、積極的に精神保健福祉士が取り組む必要があると認識されていることがわかった。

【障害研究班】においては、研究分担報告書のようになら研究対象とする障害福祉サービス等領域では、現在まさに関連法等の制度改革の移行期でもあるため、研究対象エリアにおける障害福祉サービス事業所等の正確な現況の把握には困難性を有している。その上で、相談支援事業所に対するインタビュー調査からは、精神保健福祉士が障害者の地域生活支援にかかわる有意性が、ソーシャルワークが持つ価値や基本原理や、精神疾患・精神障害に精通しているといった点から確認できたが、それらをいかに実践展開上、具体化していくのかといった課題があり、専門技術のスキルアップや専門性確認のための研修機会の提供が不可欠になっていると考えられる。また、サービスメニューが多様化、拡大化する中、「連携力」や「コーディネート力」が弱まっていることが指摘された。この点についても、事例検討やOJT等の手法も取り入れた研修を展開する必要がある

と考えられる。加えて、ピアスタッフの育成や活用についての課題も明らかとなった。

また、委託の相談支援事業所に対するアンケート調査からは、精神疾患・精神障害に関する相談の増加、精神科医療機関、就労継続A型事業所との連携不足、スキルアップ等の研修機会の不足等が明らかになったが、業務多忙の中、さまざまな課題を抱える実践現場において、精神疾患・精神障害に強い精神保健福祉士の力が求められていると同時に、多様な人材が業務にあたっている現状を鑑みるに、「包括的なアセスメント力」と「地域連携力」の更新と強化に資する研修機会の提供が喫緊の課題となっていると考えられる。

【介護研究班】においては、精神保健医療福祉領域との連携が不十分であり、支援に際して、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所をはじめとする関係機関職員が、精神疾患や精神障害にかかる相談支援に苦慮している実態が明らかになった。また、上記連携に関する研修参加への期待が大きいことも明示された。

E. 結論

以上の考察から【医療研究班】の結論は、精神科病院の長期入院者の地域移行・地域定着を促進するためには、精神科外来に精神保健福祉士による支援機能を位置付けることが有効であると推察される。そして、精神科診療所及び精神科訪問看護に精神保健福祉士の支援機能を位置付けることが、精神障害者の地域定着と日常生活の安定を下支えすることが推察された。さらに精神保健福祉士は、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その数が徐々に増加してきている。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、精神保健福祉士は精神科医療機関において、その入口と出口に深く関わっており、多職種チームにおける調整機能を果たし、結果として、在院日数の短縮、病床回転率の上昇、外来

患者数の増加に貢献していることが明らかとなった。つまり、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。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高い効果を生んでおり、そのチームを調整する役割を精神保健福祉士が担っていると言える。

【行政研究班】では分担報告書に示したように、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、市町村担当窓口及び保健センター等に精神保健福祉士の配置が少ない点が課題であり、今後、業務の拡大が予想される状況下、より専門性が求められることから、精神保健福祉士の登用ないし配置を要する。さらに、障害福祉サービス領域においては、【障害研究班】による報告書に示したように、制度改革期であり、課題の多様化、業務多忙、人員不足等々の背景がある中、精神保健福祉士の適切な配置とともに、現有スタッフ等に対するスキルアップ等の研修機会の提供が必要不可欠である。加えて介護サービス領域においても、【介護研究班】による報告書に触れているが、精神疾患・精神障害に関連する相談の増加に伴い、関係職員がその対応に苦慮すると同時に、特に、精神科医療関係者との連携に課題を抱えており、他の領域と同様、介護サービス領域における精神保健福祉士の制度的登用や、精神保健医療福祉機関との適切な連携に資する研修機会を切望している。

以上の4分担研究班の平成25年度調査研究結果の総括的な結論は、総じて、これまでの精神保健福祉士の活動評価にかかる研究から、精神科医療機関や行政の窓口及び障害福祉サービス事業所、介護福祉サービス事業所における精神保健福祉士の配置が各々のサービス提供にも有効であること、また、各領域において「連携」や「チーム実践」が重要課題であることが報告されており、今後の目指すべき方向として、「包括的・総合的な地域生活支援システム」（地域包括ケア体制）

の構築が焦眉の課題となっていることが示唆されている。

そこで次年度の研究最終年度においては、「精神保健福祉士の行政施策への貢献可能性」を主眼に、上記「包括的・総合的な地域生活支援システム」（地域包括ケア体制）の構築を念頭に置き、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえた精神保健福祉士が果たすべき役割を明確化することにある。そして、新たな政策課題に対応できる精神保健福祉士の専門性をさらに高める養成及び研修体制にかかる具体的な実施内容や方法を提言するとともに、緩急課題である政策の策定に貢献し得るためのエビデンスを獲得することに傾注していきたい。

F．健康危険情報

平成25年度の調査研究の主な対象は、専門機関の業務体制等を中心にした調査であり、健康危険情報は無い。

G．研究発表

1．論文発表

金子努・越智あゆみ（2013）「介護支援専門員からみた介護と精神科医療との連携に関する課題」『精神保健福祉』95，206-207．

2．学会発表

四方田清・伊東秀幸・斎藤敏靖・行實志都子・石田賢哉「行政機関における精神保健福祉士の役割と機能～精神保健福祉センター全国調査を中心に～（第1報）」第2回日本精神保健福祉学会（埼玉県・2013年6月）

伊東秀幸・斎藤敏靖・四方田清・行實志都子・石田賢哉「精神保健福祉センターの業務と精神保健福祉士～厚生労働科学研究全国調査から～」第21回日本精神障害者リハビリテーション学会（2013年11月）

四方田清・伊東秀幸・斎藤敏靖・行實志都子・石田賢哉「精神医療審査会業務における精神保

健福祉士～精神保健福祉センター全国調査からの提言～」第21回日本精神障害者リハビリテーション学会（2013年11月）

金子努・越智あゆみ「介護支援専門員からみた介護と精神科医療との連携に関する課題」第12回日本精神保健福祉士学会学術集会（石川県・金沢エクセルホテル東急），2013年6月15日。

金子努・越智あゆみ・田中聡子・松宮透高・木太直人・増本由美子「精神保健福祉士の活動評価及び介入方法の開発と普及に関する研究介護班の調査結果」第13回ケアマネジメント広島大会（広島市・広島県健康福祉センター），平成26年3月8日。

H．知的財産権の出願・登録状況

なし。

精神科医療機関における精神保健福祉士の業務実態に関する研究

研究分担者 岩崎 香 早稲田大学人間科学学術院准教授

研究協力者	研究機関・所属施設名
大谷 京子	日本福祉大学
大塚 淳子	公益社団法人日本精神保健福祉士協会
木下 了丞	医療法人社団静心会 常盤台病院
鈴木 孝典	高知県立大学
田崎 琢二	医療法人社団輔仁会 田崎病院
竹中 秀彦	京ヶ峰岡田病院
肥田 裕久	医療法人社団宙麦会 ひだクリニック
松本すみ子	東京国際大学
宮本めぐみ	社会福祉法人めぐハウス 地域生活支援センターMOTA

研究要旨：本研究は、精神科医療機関における精神保健福祉士の勤務形態および業務内容の実態を把握することと併せて、相談援助に係る活動の評価および効果的な介入を図るための方法を導き出すための基礎的研究として、精神保健福祉士を配置する精神科医療機関の概況について数量的に把握すること、精神科医療機関における精神保健福祉士の配置および任用の概況について数量的に把握すること、精神科医療機関の外来および療養病棟等における患者の動向を統計学的に検討することの三点を目的に、昨年度は全国の精神科医療機関の3,456か所を対象とした質問紙調査を実施し755か所より回答を得た。回答率は21.8%であった。結果から精神科外来、精神療養病棟など、病棟・機能別に精神保健福祉士を専従で配置すると長期入院者の退院が促進されることが予測された。

今年度は前年度調査を実証する目的で質的調査を行った。具体的には精神科医療機関に勤務する精神保健福祉士10名を対象としたインタビュー調査と、5病院を対象とした多職種によるグループインタビューを実施した。

A. 研究目的

本研究は、精神科医療機関における精神保健福祉士の勤務形態および業務内容の実態を把握することと併せて、相談援助に係る活動の評価および効果的な介入を図るための方法を導き出すための基礎データを量的研究によって得ることを目的とする。本研究の具体的な達成目標は、以下の5点である。

1. 精神保健福祉士を配置する精神科医療機関の概況について数量的に把握す

る。

2. 精神科医療機関における精神保健福祉士の配置および任用の概況について数量的に把握する。

3. 精神科医療機関の外来機能注1)（以下、「外来」と省略）、精神科一般病棟注2)および精神科療養病棟注3)（以下、「療養病棟等」と省略）に係る精神保健福祉士の任用および業務内容の実態を数量的に把握する。

4. 精神科医療機関の外来および療養病棟等における患者の動向(外来患者延べ数、退院率、平均残存率、再入院率、病床利用率、転出先等)と外来および療養病棟等に係る精神保健福祉士の配置、任用、業務内容との関連について、統計学的に検討する。

5. 精神科医療機関の外来および療養病棟における精神保健福祉士の配置、任用、業務内容がどのように関与しているのかについて検討する。

なお、今年度の研究班としての活動は、昨年度の量的調査の追加分析及び、精神保健福祉士の配置、業務内容とその効果の関連を明確にすることを目的とした質的調査の実施である。質的調査としては、精神科医療機関における精神保健福祉士を対象としたインタビュー調査と、その結果を検証することを目的とした多職種チーム(医師、看護師、作業療法士、臨床心理士、医療事務)を対象としたグループインタビュー調査を実施し、分析を行った。以下にその詳細を報告する。

なお、昨年度の量的調査の追加分析の方法、結果、考察、結論をそれぞれB-1、C-1、D-1、E-1として表記し、今年度の質的調査に関する方法、結果、考察、結論B-2、C-2、D-2、E-2と表す。

B-1. 研究方法

1. 調査の対象

公益社団法人日本精神科病院協会に加盟する会員医療機関、一般社団法人日本精神神経科全日本病院協会(精神病床を有する医療機関)、公益社団法人日本精神神経科診療所協会に加盟する会員医療機関、および精神科を標榜する医療機関1,867か所のうち、精神科外来に精神保健福祉士を配置する医療機関を「精神科外来に係る精神保健福祉士の業務の実態調査」の調査対象とし、精神科訪

問看護・指導に精神保健福祉士が従事する医療機関を「精神科訪問看護・指導に係る精神保健福祉士の業務の実態調査」の調査対象とした。

なお、精神科外来(以下、「外来」と省略)に精神保健福祉士を配置する医療機関と精神科訪問看護・指導に精神保健福祉士が従事する医療機関の把握は、本調査と同時に実施した「精神科医療機関における精神保健福祉士の業務実態に関する調査(基礎調査)」によって行ったが、回答のない医療機関もあったため正確な医療機関数は把握できなかった。

2. 調査の方法

郵送法による質問紙調査を実施した。質問紙は、「精神科外来に係る精神保健福祉士の業務の実態調査」調査票(以下、「A票」と省略)と「精神科訪問看護・指導に係る精神保健福祉士の業務の実態調査」調査票(以下、「B票」と省略)を作成した。なお、調査票を頁末に掲載したので参照されたい。

調査は、2012年11月1日から12月15日までの間実施した。A票については、精神病床を有する医療機関230か所と精神病床を有しない医療機関128か所の合計358か所より回答を得た。また、B票については、231か所の医療機関より回答を得た。

C-1. 研究結果

1. 精神病床を有する精神科外来に係る精神保健福祉士の業務実態に関する調査研究の結果

1) 外来に従事する精神保健福祉士の数(「精神科外来に係る精神保健福祉士の業務実態に関する調査」調査票(A票、問1)

精神病床を有する医療機関(以下、「有

床病院」と省略)のうち、平成24年6月の1か月間に、外来において精神保健福祉士が専従で従事する有床病院の数は50か所、専従以外で従事する有床病院は210か所であった(表1-1-1)。

外来に専従で従事する精神保健福祉士の数は、1名が最も多く24か所(48.0%)であった。次いで、2名の13か所(18.1%)、3名の4か所(8.0%)の順に多かった。最大値は13名(1か所)であり、平均値は2.6名(n=50)であった(表1-1-2)。

また、外来に専従以外で従事する精神保健福祉士の数は、2名が最も多く42か所(20.0%)であった。次いで、1名の13か所(26.0%)、3名の36か所(17.1%)の順に多かった。最大値は12名(1か所)であり、平均値は3.5名(n=210)であった(表1-1-3)。

表1-1-1 平成24年6月の1か月間に外来に従事する精神保健福祉士の数(n=230、欠損値:20)

	外来に従事する精神保健福祉士数 (専従)	外来に従事する精神保健福祉士数 (専従以外)
配置する医療機関数	50	210

1-1-2 平成24年6月の1か月間に外来に従事する精神保健福祉士の数(専従/医療機関数分布、n=50)*外来に専従で精神保健福祉士を配置する医療機関を抽出

	医療機関数	有効%
精神保健福祉士(専従)の配置人数	1.0	48.0
	2.0	26.0
	3.0	8.0
	4.0	4.0
	5.0	4.0
	6.0	2.0
	7.0	2.0
	11.0	2.0
	12.0	2.0

	13.0	1	2.0
合計		50	100.0

表1-1-3 平成24年6月の1か月間に外来に従事する精神保健福祉士の数(専従以外/医療機関数分布、n=210)*外来に専従で精神保健福祉士を配置する医療機関を抽出

	医療機関数	有効%
精神保健福祉士(専従以外)の配置人数	1.0	18.1
	2.0	20.0
	3.0	17.1
	4.0	15.3
	5.0	12.4
	6.0	6.2
	7.0	3.8
	8.0	3.8
	9.0	1.4
	10.0	1.4
	12.0	0.5
合計	210	100.0

2)平成24年6月の1か月間における外来患者の数(実人数)(A票問2、n=210、欠損値20)

有床病院における平成24年6月の1か月間の外来患者数は、平均値で911.3人、中央値で748.0であった(表1-2-1)。疾患別にみると、統合失調症が平均値で316.5人、中央値で261.0人と最も多かった。次いで、気分障害(平均値:207.5人、中央値:146人)、神経症性障害等(平均値:93.5人、中央値:65人)の順に多かった(表1-2-2、n=175)。また、年齢別にみると、40歳以上65歳未満が平均値で365.8人、中央値で151.0人と最も多かった。次いで、20歳以上40歳未満(平均値:202.5人、中央値:151.0人)、75歳以上(平均値:143.0人、中央値:101.0人)の順に多かった。

表1-2-1 平成24年6月の1か月間における外来患者数（実人数）（n=210、欠損値20）

医療機関数	210
外来患者数の平均値（人）	911.3
外来患者数の中央値（人）	748.0
外来患者数の標準偏差	745.4
外来患者数の最大値（人）	6320.0

表1-2-2 疾患別外来患者数

	医療機関数		患者数の		標準偏差	最大値（人）
	有効	欠損値	平均値（人）	中央値（人）		
器質性精神障害	175	55	85.6	44.0	167.1	1860.0
精神作用物質	173	57	26.7	10.0	58.6	544.0
統合失調症	175	55	316.5	261.0	279.2	2041.0
気分障害	175	55	207.5	146.0	191.0	973.0
神経症性障害等	174	56	93.5	65.0	97.3	521.0
生理的障害および身体的要因	173	57	7.1	2.0	13.7	108.0
パーソナリティ障害	173	57	5.9	3.0	8.5	67.0
精神遅滞	174	56	15.4	8.0	22.8	132.0
心理的発達の障害	173	57	13.7	1.0	41.8	309.0
行動および情緒の障害等	173	57	6.2	.0	23.1	255.0
てんかん	174	56	24.6	15.0	30.0	197.0

表1-2-3 年齢別外来患者数

	医療機関数		平均値（人）	中央値（人）	標準偏差	最大値（人）
	有効	欠損値				
20歳未満	180	50	25.0	8.0	55.4	412.0
20歳以上 40歳未満	181	49	202.5	151.0	186.9	892.0
40歳以上 65歳未満	181	49	365.8	297.0	303.3	2171.0
65歳以上 75歳未満	181	49	115.5	96.0	111.1	1179.0
75歳以上	181	49	143.0	101.0	204.8	2405.0

3) 外来に従事する精神保健福祉士の数（平成24年6月末日現在、国家資格取得後の相談支援業務への従業年数別）（A票問3）

有床病院において平成24年6月末日現在、外来に従事する精神保健福祉士の数を「国家試験取得後の相談支援業務への従業年数別」にみると、5年以上10年未満が平均値で1.5人、中央値で1.0人と最も多く、次いで10年以上（平均値：0.9人、中央値：1.0人）が多かった（表1-3）。

表1-3 外来に従事する精神保健福祉士の数（従業年数別）

	医療機関数		平均値（人）	中央値（人）	標準偏差	最大値（人）
	有効	欠損値				
1年未満	221	9	.3	.0	.6	4.0
1年以上 3年未満	223	7	.7	.0	.8	4.0
3年以上 5年未満	222	8	.7	.0	1.1	7.0
5年以上 10年未満	227	3	1.5	1.0	1.5	10.0
10年以上	222	8	.9	1.0	1.2	7.0

4) 外来診療機能における各サービスの利用者数（平成24年6月の1か月間の利用延べ人数）（A票問4）

有床病院における平成24年6月の1か月間の外来診療に係る各種サービスの利用者数をみると、精神科デイケアが平均値で501.3人、中央値で391.0人と最も多かった。次いで、精神科ナイトケア（平均値：498.8人、中央値：287.0人）、訪問看護（平均値：118.8人、中央値：71.0人）の順に多かった（表1-4）。

表1-4 外来診療機能における各サービスの利用者数

	医療機関数		平均 値 (人)	中央 値 (人)	標準 偏差	最大 値 (人)
	有効	欠損 値				
受療相談	176	104	74.9	31.5	232.5	2570.0
精神科 デイケア	164	116	501.30	391.0	447.5	2471.0
精神科 ナイトケア	25	255	126.24	48.0	179.3	711.0
精神科デイ ナイトケア	57	223	498.75	287.0	569.8	2569.0
精神科ショ ートケア	106	174	65.39	34.0	87.3	645.0
集団精神 療法	17	263	30.00	9.0	40.0	145.0
就労支援 プログラム	18	262	17.33	11.0	16.9	58.0
家族相談	113	167	25.26	9.0	45.6	310.0
家族心理 教育	30	250	11.90	9.0	13.2	70.0
訪問看護	165	115	118.82	71.0	165.3	1317.0
その他	215	65	11.20	.0	61.3	615.0

5) 外来に従事する精神保健福祉士の支援に係る業務の実態*(A票問5)

*平成24年6月の1か月間に精神保健福祉士が実施した支援に係る業務の頻度を4件法の尺度を用いて、次の基準で回答を求めた。

「4.とても多い」: 勤務日において毎日、当該業務を実施した。
「3.多い」: 勤務日において2日に1回程度、当該業務を実施した。
「2.あまり多くない」: 勤務日において7~10日に1回程度、当該業務を実施した。
「1.多くない」: 勤務日において8日に1回程度、もしくはそれ以下の頻度で当該業務実施した。あるいは、全く実施しなかった。

有床病院において外来に従事する精神保健福祉士の平成24年6月の1か月間の支援に係る業務のうち、患者本人を対象とした支援に係る業務の頻度をみると、「電話による受診・受療支援」が2.8と最も多かった。次いで、「面接による経済的な支援」の2.7、「面接による福祉サービス等の利用に関する支援」の2.5の順に多かった(表1-5-1)。

患者の家族を対象と支援に係る業務の頻度では、「電話による受診・受療支援」が2.7と最も多かった。次いで、「入院相談」の2.4、「面接による経済的な支援」の2.3の順に多かった(表1-5-2)。

関係職種、関係機関との連絡調整に係る業務の頻度では、「入院療養計画の作成等」と「退院調整等」が2.7と最も多く、次いで「院内カンファレンス」が2.3で多かった(表1-5-3)。

表1-5-1 患者本人を対象とした支援に係る業務の頻度(平成24年6月の1か月間の業務の頻度)

	医療機関数		平均値	標準 偏差
	有効	欠損値		
本人-受診・受療相談 (面接)	228	2	2.1	1.0
本人-受診・受療相談 (電話)	229	1	2.8	1.6
本人-受診・受療相談 (訪問)	228	2	1.4	.8
本人-インテーク面接	229	1	2.2	1.1
本人-症状・障害に 関する相談(面接)	227	3	2.3	1.0
本人-症状・障害に 関する相談(電話)	229	1	2.4	1.0
本人-症状・障害に 関する相談(訪問)	229	1	1.6	.9
本人-経済的な支援 (面接)	229	1	2.7	.9
本人-経済的な支援 (電話)	229	1	2.3	1.0
本人-経済的な支援 (訪問)	229	1	1.5	.8

本人-福祉サービス等の利用に関する支援（面接）	228	2	2.5	.9
本人-福祉サービス等の利用に関する支援（電話）	229	1	2.2	1.0
本人-福祉サービス等の利用に関する支援（訪問）	229	1	1.5	.8
本人-家族関係に関する相談（面接）	229	1	2.0	.9
本人-家族関係に関する相談（電話）	229	1	2.0	.9
本人-家族関係に関する相談（訪問）	229	1	1.4	.8
本人-居住に関する相談	227	3	1.8	.8
本人-入院相談	229	1	2.4	1.0

* 網掛の項目は、床効果(1>平均値-1SD)を示したもの。

表1-5-2 家族を対象とした支援に係る業務の頻度(平成24年6月の1か月間の業務の頻度)

	医療機関数		平均値	標準偏差
	有効	欠損値		
家族-受診・受療相談（面接）	229	1	2.1	.9
家族-受診・受療相談（電話）	229	1	2.7	1.0
家族-受診・受療相談（訪問）	228	2	1.2	.6
家族-インテーク面接	227	3	2.1	1.1
家族-症状・障害に関する相談（面接）	228	2	2.0	.9
家族-症状・障害に関する相談（電話）	228	2	2.2	1.0
家族-症状・障害に関する相談（訪問）	229	1	1.4	.7
家族-経済的な支援（面接）	229	1	2.3	1.0
家族-経済的な支援（電話）	229	1	2.1	1.0

家族-経済的な支援（訪問）	229	1	1.3	.7
家族-福祉サービス等の利用に関する支援（面接）	229	1	2.1	.9
家族-福祉サービス等の利用に関する支援（電話）	229	1	2.0	.9
家族-福祉サービス等の利用に関する支援（訪問）	229	1	1.3	.6
家族-家族関係に関する相談（面接）	229	1	1.9	.8
家族-家族関係に関する相談（電話）	229	1	2.0	.9
家族-家族関係に関する相談（訪問）	229	1	1.3	.6
家族-居住に関する相談	229	1	1.7	.8
家族-入院相談	229	1	2.4	1.0

* 網掛の項目は、床効果(1>平均値-1SD)を示したもの。

表1-5-3 関係職種、関係機関との連絡調整に係る業務の頻度(平成24年6月の1か月間の業務の頻度)

	医療機関数		平均値	標準偏差
	有効	欠損値		
関係職種・機関-地域でのケア会議	226	4	1.9	.8
関係職種・機関-院内カンファレンス	227	3	2.3	1.0
関係職種・機関-入院療養計画の作成等	227	3	2.7	1.1
関係職種・機関-退院調整等	227	3	2.7	1.0

6) 外来に従事する精神保健福祉士が実施した支援の結果(平成24年6月の1か月間の結果)

有床病院において外来に従事する精神保健福祉士の平成24年6月の1か月間の

患者本人を対象とした支援の結果をみると、「精神科病院への入院」が6.6人と最も多かった。次いで、「福祉に係るサービスの利用」の6.4人、「障害年金の受給」4.1人の順に多かった（表1-6）。

表1-6 外来に従事する精神保健福祉士が実施した支援の結果

	医療機関数		平均 値 (人)	標準 偏差 (人)	最大 値 (人)
	有効	欠損 値			
生活保護の受給	198	32	1.1	3.4	43.0
障害年金の受給	199	31	4.1	6.7	65.0
精神障害者保健福祉手帳の取得	199	31	3.0	4.3	26.0
精神以外の障害者手帳の取得	198	32	.2	.8	5.0
福祉に係るサービスの利用	198	32	6.4	11.0	70.0
福祉に係る施設への入所	198	32	2.0	3.6	26.0
精神科病院への入院	199	31	6.6	10.2	66.0
精神科以外の病院への入院	199	31	1.2	2.6	24.0
精神科デイケアの利用	198	32	2.0	6.8	65.0
就職	200	30	.7	2.0	20.0
復職	199	31	.3	.9	10.0
就学	199	31	.0	.3	3.0
復学	199	31	.0	.2	2.0
就職・就学以外の活動の開始	200	30	.7	3.9	50.0
当事者活動への参加	199	31	1.3	6.6	67.0
家族関係の改善	199	31	2.9	5.4	30.0
社会的支援体制の整備	199	31	2.7	6.4	50.0

7) 外来に従事する精神保健福祉士の支援に係る業務の尺度化

外来における精神保健福祉士の配置と支援に係る業務との関係を探るための前段の作業として、「患者本人を対象とした支援に係る業務の頻度(A票問5-1)」

と「家族を対象とした支援に係る業務の頻度(A票問1-5-2)」の18項目とデータを用いて、支援に係る業務頻度の尺度化を図った。まず、「患者本人を対象とした支援に係る業務の頻度」の項目(以下、「本人支援項目」と省略)について、尺度の構成概念妥当性を検証するための因子分析を実施した。

因子分析を実施する前提として、本人支援項目18項目のうち、統計量から床効果が認められた5項目を除外した(表1-5-1)。その上で、本人支援項目13項目について、主因子解による因子分析を実施した。分析の結果、初期解による固有値の変化は、7.0、1.2、0.8、0.7、0.7、であり、2因子構造が推察された。そこで、2因子を仮定して主因子法、バリマックス直交回転による因子分析を実施した。なお、回転前の2因子で13項目を説明する割合は、62.8%であった。

分析では、因子負荷量が0.4以上であり、かつ2因子において0.4以上の負荷を示さない項目を選出した。その結果、2因子において0.4以上の負荷を示した3項目を除外し、2因子、10項目を選出した。その上で、抽出された10項目について、再度2因子を仮定した主因子解、バリマックス直交回転による因子分析を実施し因子負荷量を確認して最終的に2因子、10項目を選出した。

第1因子を構成する6項目は、地域生活の維持、向上に係る支援業務の内容であることから、第1因子を「本人に対する生活支援」と解釈した。また第2因子は、本人からの受診・受療に関する相談への支援に係る業務内容であり「本人に対する受療支援」と解釈した。

つぎに、「家族を対象とした支援に係る業務の頻度」の18項目(以下、「家族支援項目」と省略)について、尺度の構成概念妥当性を検証するための因子分析を実施した。18項目のうち統計量から床効果が認められた6項目を除外した(表1-5-2)。その上で、本人支援項目12項目について、主因子解による因子分析を実施した。分析の結果、初

期解による固有値の変化は、7.3、1.0、0.7、0.6、0.5、であり、2因子構造が推察された。そこで、2因子を仮定して主因子法、バリマックス直交回転による因子分析を実施した。なお、回転前の2因子で12項目を説明する割合は、70.0%であった。

分析では、因子負荷量が0.45以上であり、かつ2因子において0.45以上の負荷を示さない項目を選出した。その結果、2因子において0.45以上の負荷を示した5項目を除外し、2因子、7項目を選出した。その上で、抽出された10項目について、再度2因子を仮定した主因子解、バリマックス直交回転による因子分析を実施し因子負荷量を確認して、最終的に2因子、7項目を選出した（表1-7-1）。

表1-7-1 本人支援項目の因子分析

	因子	
	1. 本人に対する生活支援	2. 本人に対する受療支援
本人-経済的な支援（電話）	.817	.253
本人-福祉サービス等の利用に関する相談（面接）	.792	.231
本人-福祉サービス等の利用に関する相談（電話）	.769	.299
本人-経済的な支援（面接）	.723	.240
本人-居住支援	.653	.352
本人-家族関係に関する相談（面接）	.641	.395
本人-受診・受療相談（面接）	.296	.761
本人-インテーク	.123	.552
本人-入院支援	.389	.502
本人-受診・受療相談（電話）	.209	.473

第1因子を構成する4項目は、家族からの本人に係る受診・受療に関する相談への支援内容であることから、「家族に対する受療支援」と解釈した。また、第2

因子は、家族からの本人に係る生活の維持、向上に関する支援内容であることから、第2因子を「家族に対する生活支援」と解釈した。

表1-7-2 家族支援項目の因子分析

	因子	
	1. 家族に対する受療支援	2. 家族に対する生活支援
家族-受診・受療相談（電話）	.752	.264
家族-受診・受療相談（面接）	.737	.365
家族-入院支援	.626	.302
家族-インテーク	.570	.259
家族-経済的な支援（面接）	.271	.831
家族-福祉サービス等の利用に関する相談（面接）	.380	.746
家族-経済的な支援（電話）	.407	.733

8) 合成変数の作成による各因子のスコア化

因子分析によって抽出された、「本人に対する生活支援」、「本人に対する受療支援」、「家族に対する生活支援」、「家族に対する受療支援」の4因子について、各因子を構成する項目（A票問5-1および問5-2の質問項目のうち、因子分析によって抽出された項目）の評点を合計して得点化した（表1-8-1）。また、各因子の合計得点については、以下より、「本人に対する生活支援」因子の合計得点を「本人生活支援スコア」、「本人に対する受療支援」因子の合計得点を「本人受療支援スコア」、「家族に対する生活支援」因子の合計得点を「家族生活支援スコア」、「家族に対する受療支援」因子の合計得点を「家族受療支援スコア」と称する。

各因子を構成する項目の尺度は、精神保健福祉士による支援に係る業務の頻度

によって、「とても多い」の4点から「多くない」の1点までの4件法によるリッカート尺度となっている。スコア化に際しては、ケースごとに合計点を算出した。その上で、算出した各スコアの度数分布を確認した(表1-8-2、図1)。本人受療支援スコアと家族受療支援スコアは、概ね山形のカーブを示す分布がみられた。他方、本人生活支援スコア、家族生活支援スコアについては、左肩上がりの分布を示しており、全体的に平均値よりも低い値に分布していた。

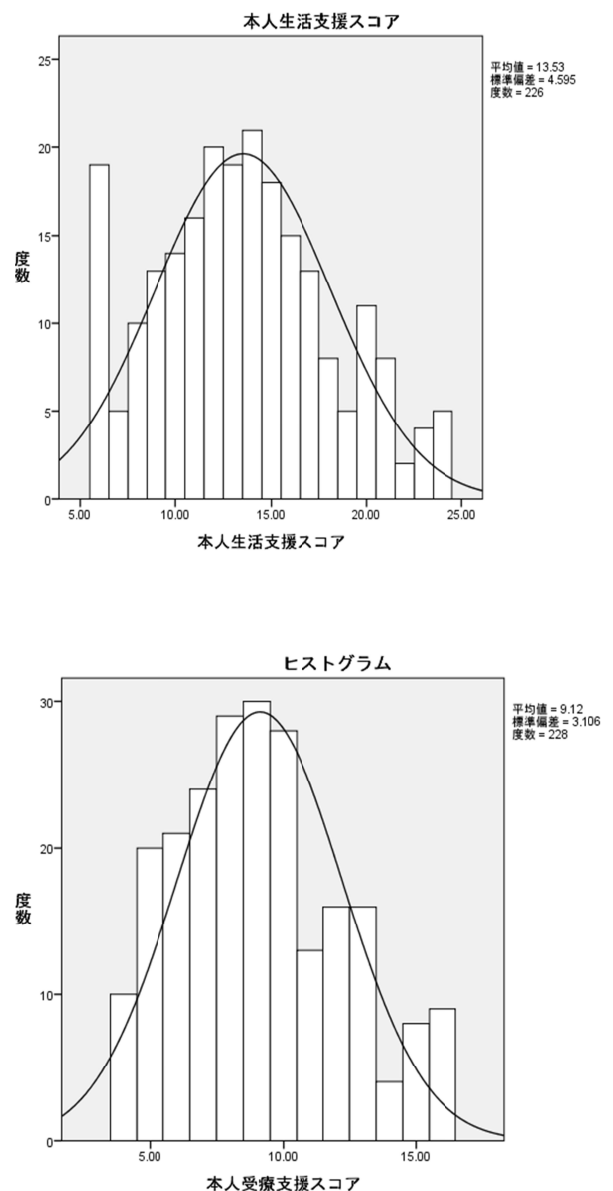
表1-8-1 合成変数(各因子のスコア)の算出方法

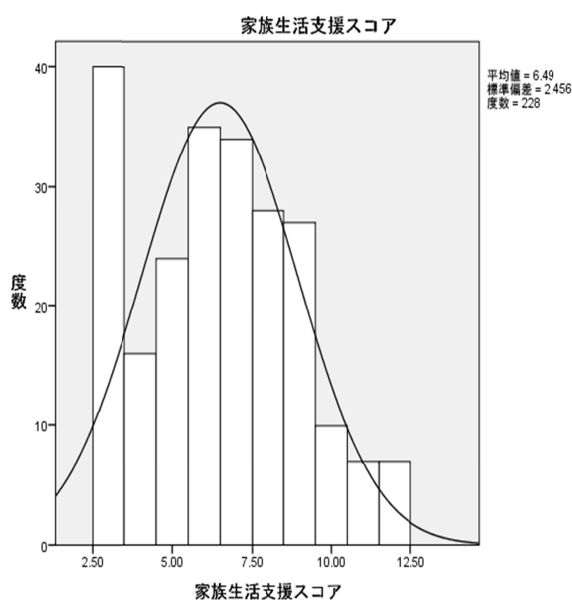
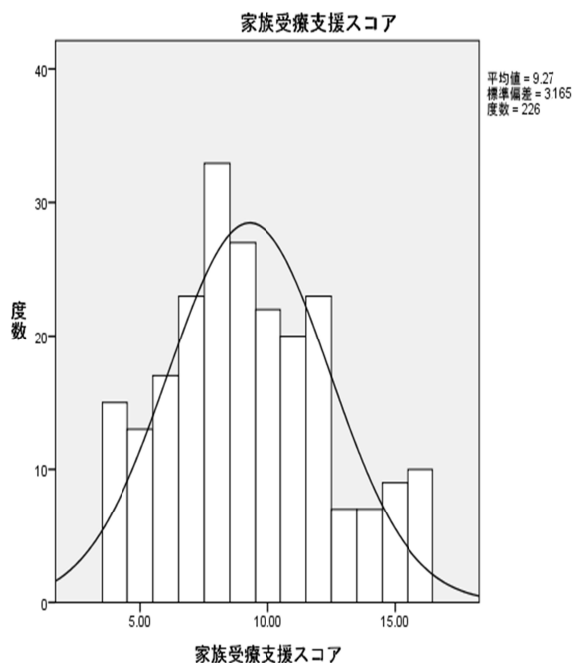
合成変数名	因子を構成する尺度の項目	最大値	最小値
本人生活支援スコア	本人-福祉サービス等の利用に関する相談(面接) 本人-福祉サービス等の利用に関する相談(電話) 本人-経済的な支援(面接) 本人-経済的な支援(電話) 本人-居住支援 本人-家族関係に関する相談(面接)	24	6
本人受療支援スコア	本人-受診・受療相談(面接) 本人-受診・受療相談(電話) 本人-インテーク 本人-入院支援	16	4
家族生活支援スコア	家族-経済的な支援(面接) 家族-経済的な支援(電話) 家族-福祉サービス等の利用に関する相談(面接)	12	3
家族受療支援スコア	家族-受診・受療相談(電話) 家族-受診・受療相談(面接) 家族-入院支援 家族-インテーク	16	4

表1-8-2 各因子スコアの度数分布

	本人生活支援スコア	本人受療支援スコア	家族生活支援スコア	家族受療支援スコア
有効	226.0	228.0	228.0	226.00
欠損値	4.0	2.0	2.0	4.00
平均値	13.5	9.1	6.5	9.3
中央値	13.0	9.0	6.0	9.0
標準偏差	4.6	3.1	2.5	3.8
最小値	6.0	4.0	3.0	4.0
最大値	24.0	16.0	12.0	16.0

図1 各因子スコアの度数分布(ヒストグラム)





さらに、外来における精神保健福祉士の配置数と各因子スコアとの関連をみるために、2変数間の相関分析を実施した。その結果、外来における精神保健福祉士の配置数（総数）とすべての因子スコアとの間に低い正の相関を確認した。また、専従の精神保健福祉士の配置数および専従以外の精神保健福祉士の配置数と本人受療支援スコアおよび家族受療支援スコアとの間に低い正の相関を確認した（表1-8-3）。このことから、外来にお

ける精神保健福祉士の配置数が増えると、各因子スコアが高くなる傾向が予測される。

表1-8-3 外来における精神保健福祉士の配置と各因子スコア間の相関分析
（* $p < .05$ 、** $p < .01$ ）

		外来における精神保健福祉士の配置数（総数）	外来における精神保健福祉士の配置数（専従）	外来における精神保健福祉士の配置数（専従以外）
本人生活支援スコア	Pearsonの相関係数	.269**	.195**	.144*
	有意確率（両側）	.000	.004	.032
	N	222	223	224
本人受療支援スコア	Pearsonの相関係数	.370**	.255**	.227**
	有意確率（両側）	.000	.000	.001
	N	224	225	226
家族生活支援スコア	Pearsonの相関係数	.256**	.155*	.165*
	有意確率（両側）	.000	.020	.013
	N	224	225	226
家族受療支援スコア	Pearsonの相関係数	.323**	.202**	.216**
	有意確率（両側）	.000	.002	.001
	N	222	223	224

つぎに、外来における精神保健福祉士の配置状況と各因子スコアとの関連をみ

るために、外来に専従で精神保健福祉士を配置する場合と専従以外で精神保健福祉士を配置する場合での因子スコアの平均値の差の検定(t検定)を実施した。その結果、すべての因子スコアにおいて平均値に有意差がみられた(表1-8-4)。このことから、外来に精神保健福祉士を専従で配置する医療機関は、専従以外で配置する医療機関よりも各因子スコアが高いと解釈することができる。

表1-8-4 外来における精神保健福祉士の配置状況と各因子スコア間の相関分析 (n=227、欠損値3)

	外来に精神保健福祉士を専従で配置		外来に精神保健福祉士を専従以外で配置		t値	有意確率(両側)
	平均値	SD	平均値	SD		
本人生活支援スコア	15.0	4.4	13.1	4.6	2.7	0.01
本人受療支援スコア	10.2	2.9	8.8	3.1	3.0	0.00
家族生活支援スコア	7.2	2.3	6.3	2.5	2.3	0.02
家族受療支援スコア	10.2	3.2	9.0	3.1	2.4	0.02

9) 外来における精神保健福祉士の配置と精神科入院患者の退院動向との関連

外来における精神保健福祉士の配置数(総数)と「平成22年の1年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数」、「平成22年の1年間に5年以上の入院期間があった患者が退院した数」、「平成23年の1年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数」、「平成23年の1年間に5年以上の入院期間があった

患者が退院した数」との相関分析を実施した。なお、患者の退院数に関するデータは、「精神科医療機関における精神保健福祉士の業務実態に関する研究(基礎調査票)」問14のデータを用いた。その結果、外来における精神保健福祉士の配置数(総数)と「平成22年の1年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数」、「平成22年の1年間に5年以上の入院期間があった患者が退院した数」、「平成23年の1年間に5年以上の入院期間があった患者が退院した数」の間に低い正の相関を確認した(表1-8-5)。このことから、外来における精神保健福祉士の配置数が増えると、1年以上、あるいは5年以上入院期間がある患者の退院数が増加する傾向が予測される。

表1-9 外来における精神保健福祉士の配置数(総数)と退院患者数との相関分析

		外来精神保健福祉士配置総数
平成22年の1年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数	Pearsonの相関係数	.271**
	有意確率(両側)	.000
	N	201
平成22年の1年間に5年以上の入院期間があった患者が退院した数	Pearsonの相関係数	.254**
	有意確率(両側)	.000
	N	201
平成23年の1年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数	Pearsonの相関係数	.192**
	有意確率(両側)	.007
	N	200
平成23年の1年間に5年以上の入院期間があった患者が退院した数	Pearsonの相関係数	.203**
	有意確率(両側)	.004
	N	200

10) 外来における精神保健福祉士の支援業務と精神科入院患者の退院動向との関連

外来における精神保健福祉士の支援業務と精神科入院患者の退院動向との関連をみるために、各因子スコアと「平成22年の1年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数」、「平成22年の1年間に5年以上の入院期間があった患者が退院した数」、「平成23年の1年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数」、「平成23年の1年間に5年以上の入院期間があった患者が退院した数」との相関分析を実施した。その結果、各因子スコアと「平成23年の1年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数」および「本人受療支援スコア」を除く各因子スコアと「平成22年の1年間に1年以上の入院期間があった患者が退院した数」との間に低い正の相関を認めた(表1-10)。このことから、各因子スコアが増加すると1年以上の入院期間がある患者の退院数が増加する傾向が予測される。

表1-10 精神科入院患者の退院動向と各因子スコアとの相関分析

		本人生 活支援 スコア	本人受 療支援 スコア	家族生 活支援 スコア	家族受 療支援 スコア
平成22年 の1年間に 1年以上の 入院期間 があった 患者が退 院した数	Pearson の相関 係数	.231*	.194*	.219*	.212*
	有意確率 (両側)	.001	.006	.002	.003
	N	196	198	198	197
平成22年 の1年間に 5年以上の 入院期間 があった 患者が退 院した数	Pearson の相関 係数	.170*	.079	.131	.093
	有意確率 (両側)	.017	.271	.065	.195
	N	196	198	198	197

平成23年 の1年間に 1年以上の 入院期間 があった 患者が退 院した数	Pearson の相関 係数	.246*	.224*	.242*	.274*
	有意確率 (両側)	.001	.002	.001	.000
	N	195	197	197	196
平成23年 の1年間に 5年以上の 入院期間 があった 患者が退 院した数	Pearson の相関 係数	.135	.128	.049	.165*
	有意確率 (両側)	.061	.072	.498	.021
	N	195	197	197	196

2. 精神病床を有しない精神科外来に係る精神保健福祉士の業務実態に関する調査研究の結果

1) 外来に従事する精神保健福祉士の数(A票問1)

精神病床を有せず、外来機能を有する精神科診療所や総合病院などの医療機関(以下、「診療所等」と省略)のうち、平成24年6月の1か月間に、外来において精神保健福祉士が専従で従事する診療所等の数は127か所、専従以外で従事する診療所等は128か所であった(表2-1-1)。

外来に専従で従事する精神保健福祉士の数は、1人が最も多く36か所(59.0%)であった。次いで、2人の38か所(27.9%)、3人の4か所(8.0%)の順に多かった。最大値は5人(3か所)であり、平均値は1.7人(n=61)であった(表2-1-2)。

また、外来に専従以外で従事する精神保健福祉士の数は、1人が最も多く42か所(20.0%)であった。次いで、1人の13か所(26.0%)、3人の36か所(6.6%)の順に多かった。最大値は5人(1か所)であり、平均値は3.5人(n=210)であった(表2-1-3)。

表2-1-1 平成24年6月の1か月間に外来に
従事する精神保健福祉士の数(n=128)

	外来に従事する 精神保健福祉士 数(専従)	外来に従事する 精神保健福祉士 数(専従以外)
精神保健福祉 士が従事する医 療機関数	127	128

表2-1-2 平成24年6月の1か月間に外来に
従事する精神保健福祉士の数

(専従/医療機関数分布、n=61*)

*外来に専従で精神保健福祉士を配置
する医療機関を抽出

	医療機関数	有効%
精神保健福 祉士(専従) の配置人数	1.0	36 59.0
	2.0	17 27.9
	3.0	4 6.6
	4.0	1 1.6
	5.0	3 4.9
	合計	61 100.0

表2-1-3 平成24年6月の1か月間に外来に
従事する精神保健福祉士の数

(専従以外/医療機関数分布、n=75*)

*外来に専従で精神保健福祉士を配置する
医療機関を抽出

	医療機関数	有効%
精神保健福 祉士(専従 以外)の配 置人数	1.0	39 52.0
	2.0	12 16.0
	3.0	10 13.3
	4.0	9 12.0
	5.0	2 2.7
	6.0	1 1.3
	7.0	1 1.3
	10.0	1 1.3
	合計	75 100.0

2)平成24年6月の1か月間における外来
患者の数(実人数)

(A票問2、n=113、欠損値15)

診療所等における平成24年6月の1か月

間の外来患者数は、平均値で864.0人、
中央値で784.0であった(表2-2-1)。疾
患別にみると、気分障害が平均値で268.2
人、中央値で242人と最も多かった。次
いで、統合失調症(平均値:174.3人、中
央値:116.0人)、神経症性障害等(平均
値:165.9人、中央値:120.0人)の順に多か
った(表2-2-2、n=175)。また、年齢別
にみると、40歳以上65歳未満が平均値で
318.9人、中央値で337.0人と最も多か
った。次いで、20歳以上40歳未満(平均
値:217.2人、中央値:193.0人)、65歳以上
75歳未満(平均値:91.6人、中央値:82.5
人)の順に多かった。

表2-2-1 平成24年6月の1か月間における
外来患者の数(実人数)

医療機関数	113
外来患者数の平均値(人)	864.2
外来患者数の中央値(人)	784.0
外来患者数の標準偏差	582.2
外来患者数の最大値(人)	3463.0

表2-2-2 疾患別外来患者数(n=105、欠損
値:28)

	医療 機関数	患者数の 平均値 (人)	患者数の 中央値 (人)	標準 偏差	最大値 (人)
器質性精神障害	105	35.6	7.0	57.1	299.0
精神作用物質	105	23.3	3.0	78.3	555.0
統合失調症	105	174.3	116.0	225.1	1959.0
気分障害	105	268.2	242.0	215.3	890.0
神経症性障害等	105	165.9	120.0	158.1	656.0
生理的障害およ び身体的要因	105	7.4	0.0	19.9	127.0
パーソナリティ 障害	105	11.1	2.0	28.8	242.0
精神遅滞	105	50.4	3.0	401.1	4117.0
心理的発達の 障害	105	11.6	1.0	39.1	371.0
行動および情緒 の障害等	104	4.6	0.0	10.0	57.5
てんかん	104	15.1	5.0	25.5	150.0

表2-2-3 年齢別外来患者数

	医療機関数	平均値 (人)	中央値 (人)	標準偏 差	最大値 (人)
20歳未満	104	27.2	8.0	62.7	428.0
20歳以上 40歳未満	104	217.2	193.0	181.5	921.0
40歳以上 65歳未満	104	318.9	337.0	197.6	792.8
65歳以上 75歳未満	104	91.6	82.5	75.6	373.0
75歳以上	103	84.3	66.0	79.2	449.0

3) 外来に従事する精神保健福祉士の数
(平成24年6月末日現在、国家資格取得後の相談支援業務への従業年数別)
(A票問3)

診療所等において平成24年6月末日現在、外来に従事する精神保健福祉士の数を「国家試験取得後の相談支援業務への従業年数別」にみると、5年以上10年未満が平均値で0.7人と最も多く、次いで10年以上(平均値:0.6人)、1年以上3年未満(平均値:0.4人)の順に多かった(表2-3)。

表2-3 外来に従事する精神保健福祉士の数(従業年数別)(n=127、欠損値:1)

	医療機関数	平均値 (人)	中央値 (人)	標準偏 差	最大値 (人)
1年未満	125	.14	.00	.39	2.00
1年以上3年未満	125	.38	.00	.62	3.00
3年以上5年未満	125	.34	.00	.67	4.00
5年以上10年未満	127	.65	.00	.97	6.00
10年以上	125	.56	.00	.91	6.00

4) 外来診療機能における各サービスの利用者数(平成24年6月1日現在の利用延べ人数)(A票問4)

診療所等における平成24年6月の1か月の外来診療に係る各種サービスの利用者数をみると、精神科デイケアが平均値で153.3人と最も多かった。次いで、受療相談(平均値:47.2人)、精神科デイナイトケア(平均値:40.2人)の順に多かった(表2-4)。なお、基礎調査票を用いた調査では、診療所等における精神科デイケアの実施率は14.3%、精神科ショートケアの実施率は11.4%、その他の外来機能については実施率が1割未満であった¹⁾。

表2-4 外来診療機能における各サービスの利用者数
(n=121、欠損値:7)

	医療機関数	平均値 (人)	中央値 (人)	標準偏 差	最大値 (人)
受療相談	121	47.2	2.0	240.9	2146.0
精神科 デイケア	121	153.3	0.0	274.1	1476.0
精神科 ナイトケア	121	8.8	0.0	44.8	329.0
精神科デイ ナイトケア	121	40.2	0.0	157.8	1073.0
精神科ショ ートケア	121	22.9	0.0	52.9	336.0
集団精神療法	121	13.1	0.0	111.2	1200.0
就労支援プ ログラム	121	1.4	0.0	7.3	54.0
家族相談	121	6.3	0.0	31.1	310.0
家族心理教育	121	3.0	0.0	13.4	120.0
訪問看護	121	29.9	0.0	78.9	469.0
その他	119	11.0	0.0	56.0	435.0

5) 外来に従事する精神保健福祉士の支援に係る業務の実態(A票問5)(n=128)
 * 平成24年6月の1か月間に精神保健福祉士が実施した支援に係る業務の頻度を4件法の尺度を用いて、次の基準で回答を求めた。

「4.とても多い」:
 勤務日において毎日、当該業務を実施した。
 「3.多い」:
 勤務日において2日に1回程度、当該業務を実施した。
 「2.あまり多くない」:
 勤務日において7~10日に1回程度、当該業務を実施した。
 「1.多くない」:
 勤務日において8日に1回程度、もしくはそれ以下の頻度で当該業務実施した。あるいは、全く実施しなかった。

診療所等において外来に従事する精神保健福祉士の平成24年6月の1か月間の支援に係る業務のうち、患者本人を対象とした支援に係る業務の頻度を平均値で見ると、「面会による症状・障害に関する相談」が平均値で2.24と最も高かった。次いで、「電話による受診・受療相談」及び「電話による症状・障害に関する相談」の2.20、「面接による経済的な支援」と「面接による福祉サービス等の利用に関する支援」の2.18の順に高かった(表2-5-1)。

患者の家族を対象と支援に係る業務の頻度を平均値で見ると、「電話による受診・受療支援」が1.77と最も高かった。次いで、「面接による家族関係に関する相談」の1.69、「面接による症状・障害に関する相談」の1.67の順に高かった。なお、全ての質問項目で床効果がみられた(表2-5-2)。

関係職種、関係機関との連絡調整に係る業務の頻度を平均値で見ると、「院内カンファレンス」が1.85と最も高く、次いで「関係職種・機関-地域でのケア会議」が1.60で高かった。なお、全ての質問項目で床効果がみられた(表2-5-3)。

表2-5-1 患者本人を対象とした支援に係る業務の頻度(平成24年6月の1か月間の業務の頻度)

	医療機関数	平均値(人)	標準偏差
本人-受診・受療相談(面接)	127	1.70	.93
本人-受診・受療相談(電話)	128	2.20	1.07
本人-受診・受療相談(訪問)	126	1.09	.31
本人-インタビュー面接	130	2.15	1.18
本人-症状・障害に関する相談(面接)	128	2.24	1.14
本人-症状・障害に関する相談(電話)	128	2.20	1.12
本人-症状・障害に関する相談(訪問)	127	1.43	.82
本人-経済的な支援(面接)	128	2.18	.95
本人-経済的な支援(電話)	128	1.78	.91
本人-経済的な支援(訪問)	127	1.31	.67
本人-福祉サービス等の利用に関する支援(面接)	128	2.18	1.02
本人-福祉サービス等の利用に関する支援(電話)	128	1.78	.91
本人-福祉サービス等の利用に関する支援(訪問)	127	1.40	.77
本人-家族関係に関する相談(面接)	128	1.92	.98
本人-家族関係に関する相談(電話)	128	1.85	1.21
本人-家族関係に関する相談(訪問)	126	1.28	.66
本人-居住に関する相談	128	1.49	.77
本人-入院相談	128	1.55	.72

* 網掛の項目は、床効果(1>平均値-1SD)を示したものの。

表2-5-2 家族を対象とした支援に係る業務の頻度(平成24年6月の1か月間の業務の頻度)

	医療機関数	平均値(人)	標準偏差
家族-受診・受療相談(面接)	127	1.50	.75
家族-受診・受療相談(電話)	127	1.77	.93

家族-受診・受療相談 (訪問)	126	1.04	.20
家族-インタビュー面接	127	1.61	.87
家族-症状・障害に関する相談 (面接)	126	1.67	.84
家族-症状・障害に関する相談 (電話)	126	1.60	.79
家族-症状・障害に関する相談 (訪問)	126	1.19	.50
家族-経済的な支援(面接)	128	1.62	.80
家族-経済的な支援(電話)	128	1.50	.79
家族-経済的な支援(訪問)	126	1.12	.35
家族-福祉サービス等の利用に関する支援 (面接)	128	1.63	.83
家族-福祉サービス等の利用に関する支援 (電話)	128	1.45	.74
家族-福祉サービス等の利用に関する支援 (訪問)	126	1.15	.46
家族-家族関係に関する相談 (面接)	128	1.69	.89
家族-家族関係に関する相談 (電話)	128	1.55	.81
家族-家族関係に関する相談 (訪問)	126	1.17	.47
家族-居住に関する相談	128	1.24	.51
家族-入院相談	127	1.47	.76

* 網掛の項目は、床効果(1>平均値-1SD)を示したものの。

表2-5-3 関係職種、関係機関との連絡調整に係る業務の頻度

	医療機関数	平均値(人)	標準偏差
関係職種・機関-地域でのケア会議	128	1.60	.72
関係職種・機関-院内カンファレンス	128	1.85	.95
関係職種・機関-入院療養計画の作成等	126	1.36	.77
関係職種・機関-退院調整等	126	1.39	.84

* 網掛の項目は、床効果(1>平均値-1SD)を示したものの。

6)外来に従事する精神保健福祉士が実施した支援の結果(平成24年6月の1か月の結果)

診療所等において外来に従事する精神保健福祉士の平成24年6月の1か月の患者本人を対象とした支援の結果をみると、「福祉に係るサービスの利用」が平均値で2.81人と最も多かった。次いで、「精神科病院への入院」の2.49人、「障害年金の受給」2.15人の順に多かった(表2-6)。

表2-6 外来に従事する精神保健福祉士が実施した支援の結果(n=108、欠損値:20)

	医療機関数	平均値(人)	標準偏差	最大値(人)
生活保護の受給	107	.76	1.47	10.00
障害年金の受給	108	2.15	2.75	14.00
精神障害者保健福祉手帳の取得	107	2.05	3.53	19.00
精神以外の障害者手帳の取得	106	.05	.21	1.00
福祉に係るサービスの利用	107	2.81	5.80	41.00
福祉に係る施設への入所	107	.64	1.62	10.00
精神科病院への入院	107	2.49	6.02	42.00
精神科以外の病院への入院	108	.43	1.01	6.00
精神科デイケアの利用	107	1.64	5.15	50.00
就職	107	.67	1.85	13.00
復職	107	.57	1.76	13.00
就学	107	.03	.17	1.00
復学	107	.06	.33	3.00
就職・就学以外の活動の開始	107	.41	.97	7.00
当事者活動への参加	107	1.00	6.55	67.00
家族関係の改善	107	1.71	4.30	30.00
社会的支援体制の整備	107	1.30	3.77	29.00

7) 外来における精神保健福祉士の配置と支援に関する業務との関係

外来に従事する精神保健福祉士の数と患者本人を対象とした支援に係る業務の頻度との関連をみるために相関分析を行ったところ、外来に専従で配置されている精神保健福祉士の数と「インテーク面接」、「症状・障害に関する相談（電話）」、「福祉サービスの利用に関する相談（電話）」との間に弱い相関がみられた（表2-7）。

表2-7 外来に従事する精神保健福祉士の数と患者本人を対象とした支援に係る業務の頻度との相関分析

		外来精神保健福祉士配置数 (専従)
インテーク面接	Spearmanの相関係数	.324**
	有意確率(両側)	.000
	N	125
症状・障害に関する相談(電話)	Spearmanの相関係数	.255**
	有意確率(両側)	.004
	N	124
福祉サービスの利用に関する相談(電話)	Spearmanの相関係数	.276**
	有意確率(両側)	.002
	N	124

3. 精神科訪問看護・指導に係る精神保健福祉士の業務実態に関する調査研究の結果

1) 精神科訪問看護・指導に従事する精神保健福祉士の数（B票、問1）

精神科訪問看護・指導（以下、「訪問看護」と省略）に精神保健福祉士が従事する精神科医療機関（以下、「医療機関」と省略）のうち、平成24年6月の1か月間に、精神保健福祉士が訪問看護に専従で従事する医療機関の数は49か所、専従以外で従事する医療機関は194か所であった（表3-1-1）。訪問看護に専従で従事する精神保健福祉士の数は、2名が最も多く22か所（44.9%）であった。次いで、1名の18か所（36.7%）、3名の5か所（10.2%）の順に多かった。最大値は7名（1か所）で、平均値は2.0名（n=49）であった。

また訪問看護に専従以外で従事する精神保健福祉士の数は、2名が最も多く52か所（26.4%）であった。次いで、1名の51か所（25.9%）、3名の37か所（18.8%）の順に多かった。最大値は15名（1か所）で、平均値は3.0名（n=197）であった。

表3-1-1 精神科訪問看護に専従で従事する精神保健福祉士の人数（n=49）
*専従で訪問看護に従事する精神保健福祉士を配置する医療機関を抽出

精神保健福祉士の配置人数	配置医療機関数(a)	割合(a)/n
1	18	36.7%
2	22	44.9%
3	5	10.2%
5	2	4.1%
6	1	2.0%
7	1	2.0%
合計(n)	49	100.0%

【単位:人（医療機関数以外）】

表3-1-2 精神科訪問看護・に専従以外で従事する精神保健福祉士の人数（n=197）
*専従以外で訪問看護に従事する精神保健福祉士を配置する医療機関を抽出

【単位:人（医療機関数以外）】

精神保健福祉士の配置人数	配置医療機関数(a)	割合(a)/n
1	51	25.9%
2	52	26.4%
3	37	18.8%
4	25	12.7%
5	11	5.6%
6	6	3.0%
6.5	1	0.5%
7	3	1.5%
8	4	2.0%
8.7	1	0.5%
10	2	1.0%
11	1	0.5%
12	2	1.0%
15	1	0.5%
合計	197	100.0%

2)平成24年6月の1か月間における訪問看護利用患者の数(実人数)〔B票問2、n=223、欠損値:8〕

精神科医療機関における平成24年6月の1か月間の訪問看護利用患者数は、平均値で39.2人、中央値で21.5であった(表3-2-1、n=223)。

疾患別にみると、統合失調症が平均値で27.5人、中央値で15.0人と最も多かった。次いで、気分障害(平均値:4.8人、中央値:2.0人が)多かった。(表3-2-1)。

また、年齢別にみると、40歳以上65歳未満が平均値で23.2人、中央値で13.0人と最も多かった。次いで、20歳以上40歳未満(平均値:6.9人、中央値:3.0人)、65歳以上75歳未満(平均値:5.8人、中央値:3.0人)の順に多かった(表3-2-2)。

表3-2-1 平成24年6月の1か月間における訪問看護利用患者数(疾患別)
(n=223、欠損値:8)

	医療機関数	平均値	中央値	最大値
患者総数	223	39.2	21.5	539
器質性精神障害	223	1.5	0	42
精神作用物質	223	1.7	0	57
統合失調症	223	27.5	15.0	330
気分障害	223	4.8	2.0	39
神経症性障害等	223	1.1	0	38
生理的障害及び身体的要因	223	0.1	0	5
パーソナリティ障害	223	0.4	0	14
精神遅滞	223	0.7	0	11
心理的発達の障害	223	0.3	0	19
行動及び情緒の障害等	223	0.1	0	4
てんかん	223	0.4	0	6
その他	223	0.4	0	9

表3-2-2 平成24年6月の1か月間における訪問看護利用患者数(年齢別)
(n=217、欠損値:14)

	医療機関数	平均値	中央値	最大値
20歳未満	217	0.2	0	6
20歳以上40歳未満	217	6.9	3	204
40歳以上65歳未満	217	23.2	13	286
65歳以上75歳未満	217	5.8	3	46
75歳以上	217	2.8	1	23

3) 平成23年度の1年間における「精神科訪問看護・指導料」の算定件数と当該診療報酬に係る加算の算定件数 (B票問3、n=222、欠損値:9)

平成23年度の1年間に「精神科訪問看護・指導料」を算定した医療機関は、207か所(93.2%)であり、その算定件数は平均値で1057.2回、中央値で384.0件であった(表3-3)。

つぎに、「精神科訪問看護・指導料」の診療報酬に係る加算のうち、医師の指示を受けて保健師または看護師が、他の保健師、看護師、精神保健福祉士等と同時に訪問看護を行う場合に算定する、「複数名訪問看護加算」を算定した医療機関は159か所(71.6%)であり、その算定件数は平均値で687.9件、中央値で95件であった。また、1回の訪問看護の時間が90分を超えた場合の「長時間訪問看護加算」を算定した医療機関は、20か所(0.1%)であり、算定件数は、平均値で20.5件であった(表3-3)。

表3-3 平成23年度の1年間における「精神科訪問看護・指導料」の算定件数と当該診療報酬に係る加算の算定件数 (n=222、欠損値:9)

	実施医療機関数	平均値	中央値	最大値
算定件数(総数)	207 (93.2%)	1057	384	13017
複数名訪問加算件数	159 (71.6%)	687.9	95	7842
長時間訪問加算件数	20 (0.1%)	20.5	0	3301

4) 平成23年6月の1か月間における「精神科訪問看護・指導料」の算定件数と当該診療報酬に係る加算の算定件数 (B票問4、n=218、欠損値:13)

平成23年6月の1か月間における「精神科訪問看護・指導料」の算定件数と当該診療報酬に係る加算の算定件数は、表3-4のとおりであった。「精神科訪問看護・指導料 /週3回、30分以上」を算定する医療機関が195か所(89.4%)で最も多く、その算定件数の平均値は91.6件、中央値は39件であった。次いで、「訪問看護・指導料 週3回、30分未満」を算定する医療機関が66件(30.3%)が多かった。また、「精神科訪問看護・指導料」に係る「複数名訪問看護加算」について、精神保健福祉士を伴う同加算を算定する医療機関が132件(60.6%)であった。その算定件数は、平均値で44.5件、中央値で5.0件であった(表3-4)。

表3-4 平成23年6月の1か月間における「精神科訪問看護・指導料」の算定件数と当該診療報酬に係る加算の算定件数(n=218、欠損値:13)

	実施医療機関数	平均値	中央値
訪問看護・指導料 / 週3回、30分未満	66 (30.3%)	4.4	0
訪問看護・指導料 / 週3回、30分以上	195 (89.4%)	91.6	39
訪問看護・指導料 / 週4回以上、30分未満	2 (0.9%)	0.1	0
訪問看護・指導料 / 週4回以上、30分以上	14 (6.4%)	1.8	0
急性増悪/30分未満	1(0.0%)	0	0
急性増悪/30分以上	13(5.7%)	0.4	0
訪問看護・指導料 / 週3回、30分未満	25 (11.5%)	5.1	0

訪問看護・指導料 / 週3回、30分以上	56 (25.7%)	13.2	0
訪問看護・指導料 / 週4回以上、30分未満	0 (0.0%)	0	0
訪問看護・指導料 / 週4回以上、30分以上	4 (1.8%)	0.8	0
長時間精神科訪問 看護・指導加算	22 (10.1%)	3.8	0
複数名訪問看護加算 (+精神保健福祉士)	132 (60.6%)	44.5	5
複数名訪問看護加算 (+精神保健福祉士以外の職員)	87 (39.9%)	27.5	0
複数名訪問看護加算 (+准看護師)	34 (15.6%)	7.2	0
複数名訪問看護加算 (+看護補助者)	6 (2.8%)	0.2	0
精神科緊急訪問看護加算	4 (1.8%)	0.1	0
夜間・早朝看護加算	7(3.2%)	0.2	0
深夜訪問看護加算	0(0.0%)	0	0

5) 平成23年度の1年間及び平成24年6月の1か月間における「精神科訪問看護・指導料」の算定件数(B票問5、n=214、欠損値:17)

障害福祉サービスを行う施設及び福祉ホームに入所している患者、または介護担当者を対象に訪問看護を実施した際に算定する「精神科訪問看護・指導料」について、平成23年度の1年間に同診療報酬を算定した医療機関は、66か所(28.6%)であり、その算定件数の平均値は91.6件であった(表3-5-1)。また、平成24年6月の1か月間に同診療報酬を算定した医療機関は、48か所(20.8%)であり、その算定件数の平均値は91.6件であった(表3-5-2)。

表3-5-1 平成23年度の1年間における「精神科訪問看護・指導料」の算定件数(n=214、欠損値:17)

度数	実施医療機関数	66
	%	28.6
平均値		91.6
中央値		.0
最大値		4106.0

表3-5-2 平成24年6月の1か月間における「精神科訪問看護・指導料」の算定件数(n=214、欠損値:17)

度数	医療機関数	48
	%	20.8
平均値		7.5
中央値		.0
最大値		417.0

6) 平成24年6月の1か月間に、精神保健福祉士が実施した「精神科訪問看護指導」及び「精神科訪問看護指導」に係る支援内容の頻度(B票問7、問8)

* 平成24年6月の1か月間に精神保健福祉士が実施した支援内容の頻度を4件法の尺度を用いて、次の基準で回答を求めた。

「4.とても多い」:	勤務日において毎日、当該業務を実施した。
「3.多い」:	勤務日において2日に1回程度、当該業務を実施した。
「2.あまり多くない」:	勤務日において7~10日に1回程度、当該業務を実施した。
「1.多くない」:	勤務日において8日に1回程度、もしくはそれ以下の頻度で当該業務実施した。あるいは、全く実施しなかった。

まず、平成24年6月の1か月間に、精神保健福祉士が実施した「精神科訪問看護指導」に係る支援内容の頻度を平均値で見ると、「日常生活の維持」と「精神症状の悪化防止」が3.5で最も高かった。次いで、「対人関係の維持」の3.2、「身体症状の発症予防」の2.9の順に高かった。なお、「日常生活の維持」と「精神症状の悪化防止」の項目では、天井効果がみられた。他方、「仕事に関する援助」の項目では、床効果が確認された(表3-6-1)。

表3-6-1 平成24年6月の1か月間に、精神保健福祉士が実施した「精神科訪問看護指導」に係る支援内容の頻度(B票問7)

	度数		平均値	中央値	標準偏差
	医療機関数	欠損値			
日常生活の維持	219	12	3.5	4.0	.8
対人関係の維持	219	12	3.2	3.0	.8
家族関係の調整	219	12	2.5	3.0	.9
精神症状の悪化防止	219	12	3.5	4.0	.8
身体症状の発症予防	218	13	2.9	3.0	.9
公共施設利用援助	219	12	2.0	2.0	.9
社会制度の活用	219	12	2.7	3.0	.9
経済的な課題への援助	219	12	2.6	3.0	.9
住環境の支援	218	13	2.1	2.0	.9
仕事に関する援助	216	15	1.7	2.0	.8
対象者のエンパワメント	12	219	2.7	3.0	1.4

* 下線の項目は天井効果(4>平均値+1SD)を示したものの。

** 網掛けの項目は床効果(1>平均値-1SD)を示したものの。

つぎに、平成24年6月の1か月間に、精神保健福祉士が実施した「精神科訪問看護指導」に係る支援内容の頻度を平均値で見ると、「日常生活の維持」、「対人関係の維持」、「精神症状の悪化防止」がいずれも2.9と最も高かった。また、いずれの項目でも天井効果がみられた。

次いで、「対象者のエンパワメント」の2.8、「身体症状の発症予防」の2.6の順に高かった。他方、「公共施設の利用援助」、「住環境の支援」、「仕事に関する援助」の項目では、床効果が確認された(表3-6-2)。

表3-6-2 平成24年6月の1か月間に、精神保健福祉士が実施した「精神科訪問看護指導」に係る支援内容の頻度(B票問8)

	度数		平均値	中央値	標準偏差
	医療機関数	欠損値			
日常生活の維持	73	158	2.9	3.0	1.2
対人関係の維持	73	158	2.9	3.0	1.2
家族関係の調整	73	158	2.0	2.0	1.0
精神症状の悪化防止	73	158	2.9	3.0	1.2
身体症状の発症予防	73	158	2.6	3.0	1.1
公共施設利用援助	73	158	1.7	1.0	.9
社会制度の活用	73	158	2.4	2.0	1.1
経済的な課題への援助	73	158	2.3	2.0	1.1
住環境の支援	73	158	1.9	2.0	1.1
仕事に関する援助	72	159	1.7	1.0	.9
対象者のエンパワメント	73	158	2.8	3.0	1.2

* 下線の項目は天井効果(4>平均値+1SD)を示したものの。

** 網掛けの項目は床効果(1>平均値-1SD)を示したものの。

D-1 . 考察

- 1) 外来における精神保健福祉士の配置数が増えると、外来患者およびその家族に対する生活支援と受療に係る支援業務の頻度が増大する傾向をとらえた。
- 2) 精神保健福祉士による外来患者およびその家族に対する生活支援と受療に係る支援業務の頻度に関して、外来に精神保健福祉士を専従で配置する医療機関では、専従以外で配置する医療機関よりもその頻度が高いことがわかった。
- 3) 外来における精神保健福祉士の配置数が増えると、1年以上、あるいは5年以上入院期間がある患者の退院数が増加する傾向をとらえた。
- 4) 外来に従事する精神保健福祉士による患者およびその家族に対する生活支援と受療に係る支援業務の頻度が増加すると1年以上の入院期間がある患者の退院数が増加する傾向をとらえた。
- 5) 3)と4)の傾向については、外来に従事する精神保健福祉士の配置数および支援業務の頻度が、直接的に長期入院者の退院に影響しているというよりは、外来に精神保健福祉士が配置されることにより、それ以外のセクションに従事する精神保健福祉士との間で支援業務に関する分業が進み、結果として、外来における精神保健福祉士の支援業務の頻度が高くなり、あわせて、外来以外のセクションの精神保健福祉士による長期入院者に対する退院支援に係る業務の頻度が高くなるという、間接的な影響であるものと推察する。
- 6) 診療所等精神病床を有しない精神科医療機関では、専従の精神保健福祉士の配置数が増えるとインテーク面接、症状・障害に対する相談、福祉サービスの利用相談に係る支援業務の頻度が増加する傾向をとらえた。
- 7) 精神科訪問看護に係る精神保健福祉士の支援は、患者の「日常生活の維持」及び「精神症状の悪化の防止」に係る

支援を中心に展開されていることをとらえた。

E-1 . 結論

以上の考察から、精神科病院の長期入院者の地域移行、地域定着を促進するためには、精神科外来に精神保健福祉士による支援機能を位置付けることが有効であると推察される。さらに、精神科診療所及び精神科訪問看護に精神保健福祉士の支援機能を位置付けることが、精神障害者の地域定着と日常生活の安定を下支えすることが推察された。

B-2 . 研究方法

1 . 調査

昨年、及び本年の量的調査の分析結果から、精神科外来、精神療養病棟など、病棟・機能別に精神保健福祉士を専従で配置すると1年以上の入院者の退院が促進されることが予測された。

さらに、精神科医療機関の精神保健福祉士による典型的な介入方法とその効果については、精神科外来における精神保健福祉士の連携業務を中心に分析した結果、精神科外来患者に係る生活環境の調整及び福祉等のサービス利用に関する調整業務に精神保健福祉士が一定の-effortを確保し、取り組むことが1年以上の入院者の退院促進と精神科外来患者の生活安定に効果があることを傾向としてとらえることができた。

その結果を踏まえ、精神科医療機関における精神保健福祉士の配置人数、実践している業務が具体的にどのように行われ、どのような成果と評価に結びついているのかを明らかにするために、まず、精神科医療機関に勤務する精神保健福祉士への個別インタビュー調査を実施した。

< 調査対象の選定 >

研究の実施手順として、まず、公益社団法人日本精神科病院協会、公益社団法人全国自治体病院協議会(精神病床を有する医療機関)に加盟する会員医療機関及び精神科を標榜する医療機関の中から、「精神療養病棟」および「精神一般病棟」、「外来」に精神保健福祉士を配置している医療機関を公益社団法人日本精神保健福祉士協会の協力も得て、12カ所紹介を受けた。紹介を受けた医療機関において調査対象となる精神保健福祉士に研究責任者および研究従事者から調査対象候補に対し、説明資料を送付して内諾を得、インタビュー当日に口頭にて調査主旨・手順を説明し、書面でも承諾を得た。

< 調査項目 >

調査項目としては、(1)所属する医療機関の概要、(2)機関において雇用されている精神保健福祉士の数、配属状況、(3)病棟及び外来における業務内容とその変化、(4)機関、多職種からの評価と期待とした。

< 倫理的配慮 >

本調査研究は、研究分担者の所属する早稲田大学の人を対象とする研究等倫理審査による承認を受けて実施した。

2. 調査

調査において、精神科医療機関における精神保健福祉士の配置人数、実践している業務が具体的にどのように行われ、どのような成果と評価を得ているのかを聞き取るが、その結果に対して同じく精神科医療機関で働く多職種がどう評価しているのかということを検証することを目的として、多職種を対象としたグループインタビューを実施した。グループインタビュー法は近年、保健医療福祉領

域でも多くの論文に採用されている。一般的には、量的調査を実施する上でのプレ調査として、情報収集を目的に使用される場合が多いが、仮説検証に用いられる場合もある。本研究に関しては、個別インタビューから導き出した結果を検証するという形で使用した。

< 調査対象の選定 >

調査と同様に、公益社団法人日本精神科病院協会、公益社団法人全国自治体病院協議会(精神病床を有する医療機関)に加盟する会員医療機関及び精神科を標榜する医療機関の中から、精神保健福祉士を配置しており、且つ多職種がインタビューに協力してくれる医療機関を公益社団法人日本精神保健福祉士協会の協力も得ながら、5ヶ所程度紹介を受けた。

紹介を受けた医療機関の管理者及びインタビューへの協力候補専門職種に研究責任者および研究従事者から、説明資料の送付を行い、調査当日口頭にて調査主旨・手順を説明し、書面でも承諾を得た。

< 調査項目 >

医師、看護師、作業療法士、臨床心理士、医療事務、精神保健福祉士をインタビュー対象職種とし、(1)チーム医療の現状、(2)他職種からみた精神保健福祉士の役割・機能、(3)病棟の機能分化と精神保健福祉士の役割・機能の変化、(4)多職種でかかわる際の精神保健福祉士の有効性(業務への評価)、(5)精神保健福祉士に期待する役割等を聞き取った。

< 倫理的配慮 >

調査と同様に、本調査研究は、研究分担者の所属する早稲田大学の人を対象とする研究等倫理審査による承認を受けて実施した。

C-2. 研究結果

.精神科病院の精神保健福祉士へのインタビュー結果

精神保健福祉士を対象としたインタビュー調査では12カ所の医療機関の精神保健福祉士から協力を得た（表4）。

表4 協力を得た医療機関の病床数と常勤精神保健福祉士数及び精神保健福祉士一人当たり病床数

医療機関	病床数	精神保健福祉士の数	精神保健福祉士一人当たり病床数
A 病院	310	8	38.8
B 病院	346	12	28.8
C 病院	798	12	66.5
D 病院	170	9	18.9
E 病院	182	5	36.4
F 病院	396	13	30.5
G 病院	381	8	47.6
H 病院	286	11	26.0
I 病院	184	9	20.4
J 病院	200	10	20.0
K 病院	315	15	21.0
L 病院	431	14	30.8

1. 医療機関の概要

今回インタビューに協力してくれた医療機関は11ヶ所が民間病院で公立病院が1ヶ所となっている。創設は、古くは大正15年に創設された機関が1ヶ所あるが、他は昭和20年代後半から昭和30年代から40年代と、日本の精神科病院が飛躍的に増設された時代に開院し、現在に至っている。

1966年から当時の精神衛生法の改正により、公費負担制度が実施され、1974年より精神科デイケアが診療報酬化され

た。1990年代から精神療養病棟、認知症治療病棟、精神科急性期治療病棟、精神科救急病棟等が診療報酬に位置づけられ、医療機関の中での急性期病床と療養型病床への分化が進んだ。

今回調査に協力を得た医療機関においてもほとんどが精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟があり、現在の急性期治療病棟を救急病棟に移行する予定の機関も複数あった（表5）。また、これまでどちらかという療養中心の病院が12ヶ所のうち3ヶ所あるが、いずれも今後、短い期間での退院を目指す方向が打ち出されていた。

表5 協力を得た医療機関における主な病棟機能

医療機関	救急病棟	急性期治療病棟	療養病棟	一般病棟	認知症治療病棟	他科病床
A 病院		○	○	○		
B 病院			○		○	○
C 病院	○	○		○	○	
D 病院		○	○			
E 病院				○		
F 病院	○	○		○		
G 病院	○			○		
H 病院	○			○		
I 病院	○		○		○	
J 病院	○			○		
K 病院	○					
L 病院		○	○	○		

2. 機関において雇用されている精神保健福祉士の数、配属状況

各病院における現在の精神保健福祉士配置数に関しては表4の通りである。精神保健福祉士の配置が始まったのは昭和30年代から50年代まで、医療機関によって格差がある。精神保健福祉士の配置に関しては、診療報酬に直接反映しない時代が長く続き、病院の管理者の意向がその配置に影響していると考えられる。管理者が精神保健福祉士の配置を積極的に進めた医療機関でもその数が増加した直接の契機は1974年のデイケアの診療報酬化であるが、ここ10年前後の精神保健福祉士の増加は前述したような病棟機能分化による精神保健福祉士の病棟必置によるものである。その数は年を追うごとに徐々に増加してきた(表6:減少が見られる機関に関しては、ベッド数の減による精神保健福祉士定員の減少が1ヶ所、他は退職による欠員という理由である)。病棟機能の変化以外の増加要因としては、デイナイトケア、外来(連携室・訪問を含)におけるニーズ増への対応だと考えられる。

表7は精神保健福祉士の臨床経験と在職期間の平均を示したものであるが、10年以上の平均臨床経験、在職期間がある機関は各3ヶ所であり、臨床経験が浅い精神保健福祉士が多いことが推測される。精神保健福祉士の定着もその実践の質を担保していく上での大きな課題の一つだと言える。

表6 協力を得た医療機関の精神保健福祉士数の推移

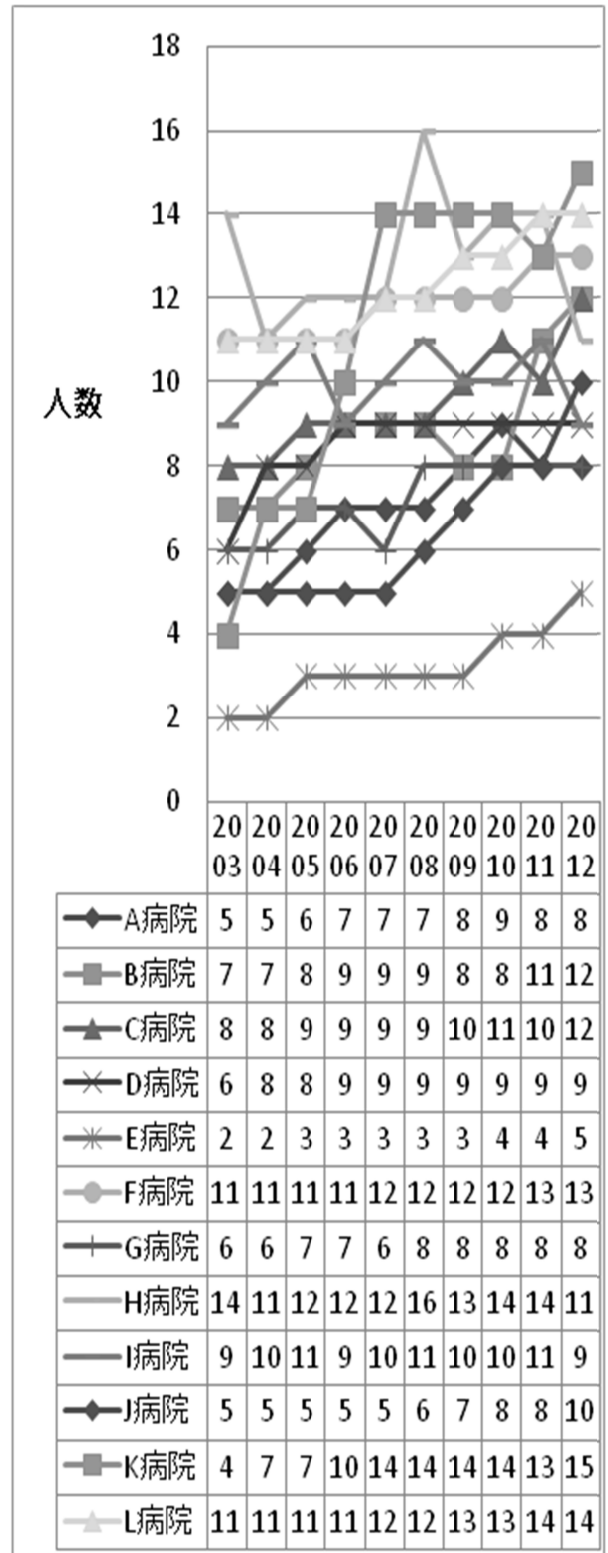


表7 協力を得た医療機関における精神保健福祉士の平均臨床期間及び平均在職期間

* 臨床経験よりも在職期間が上回っているデータがあるが、他の職種としての在職を含んでいる

	臨床経験	在職期間
A 病院	—	—
B 病院	14.0	12.0
C 病院	13.6	13.6
D 病院	—	12.6
E 病院	10.0	3.6
F 病院	9.1	9.1
G 病院	—	—
H 病院	6.2	8.1
I 病院	9.0	7.0
J 病院	8.7	3.2
K 病院	8.1	8.2
L 病院	8.6	8.1

3. 病棟及び外来における業務内容とその変化

最近の医療機関の病床数は病棟の機能分化に伴って、減少しているところが多い(表8)。短期間での入退院を促進し、合理的・効率的な経営を行う方向性が打ち出されている。ほとんどの病院の入退院患者数は増加し、在院日数は減少している(表9、10)。また、データとして特筆すべきは、外来患者数の増加である。

表8 協力を得た医療機関の病床数の推移

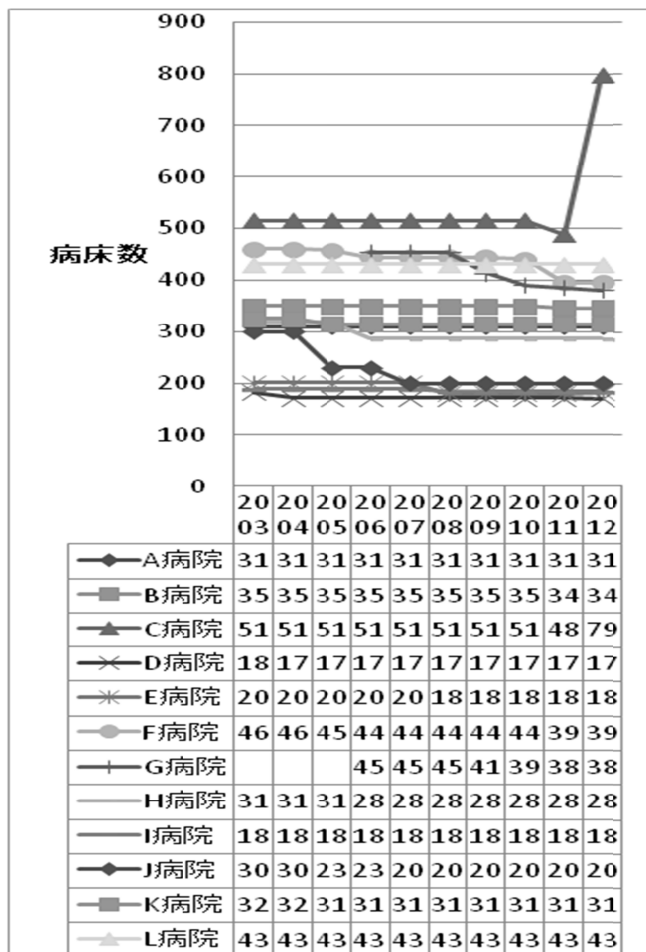


表9 退院患者数の推移

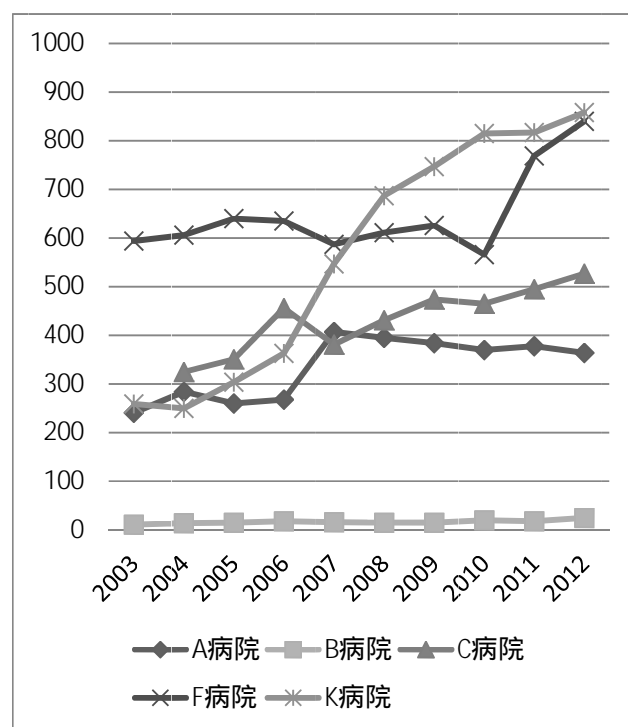
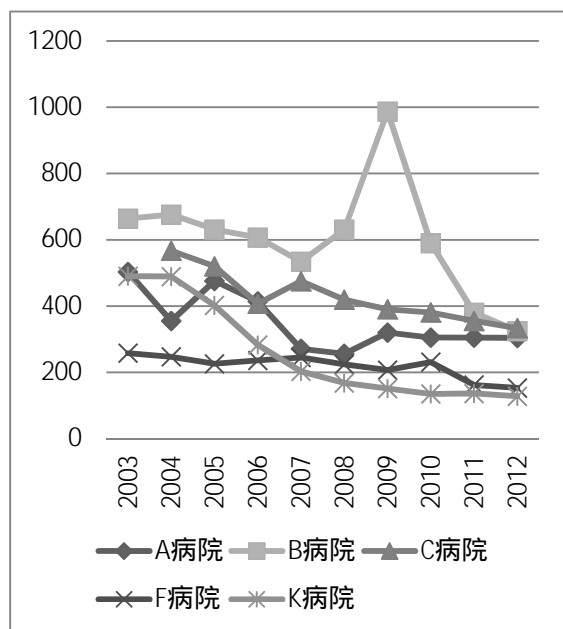


表10 在院日数の推移



精神保健福祉士は各機関における入口と出口を担っている。救急病棟や急性期病棟の開設によって精神保健福祉士数が増加してきたとはいうものの、短期間でその人をアセスメントし、多職種と協働しながら退院できるように環境調整を行うことを求められている。また、救急病棟や急性期病棟ができたことにより、3ヶ月で退院できなかつた人たちを療養病棟や一般精神病棟で受け入れているが、急性期でのアセスメントが引き継がれることによって、早期に退院をめざす流れが医療機関の中で出来つつある。つまり、地域移行が叫ばれ短期間での入退院が進められる流れの中で、医療チーム全体で中長期の入院患者の退院支援に取り組む姿勢を生んでおり、そのマネジメントを精神保健福祉士が担っているのである。精神保健福祉士の配置基準がない療養病棟や一般精神病棟での専従精神保健福祉士の関わりが1年以上の長期入院者の退院に影響を与えているということが量的調査でも示されたが、精神保健福祉士は退院に向けた院内外の調整役を担っ

ているという意識を持って実践に臨んでいる。しかし、その動きは療養病棟や一般精神病棟単独の動きというよりは、救急病棟、急性期病棟の動きと連動するものであり、医療機関全体の循環の中で退院が促進されているということでもある（表11-1,11-2）。

また、入退院の増加とともに、外来患者が増大しそして、精神保健福祉士は医療機関の中と地域を取り結ぶ役割をより強く求められており、デイケアはもとより訪問も活発に実施されている。訪問に関しては、精神保健福祉士が配属された当初から、ナイトホスピタルや退院調整というような形で精神保健福祉士が積極的にかかわってきた歴史がある病院が多い。しかし、昨今これまで同様精神保健福祉士が積極的にかかわっていて専従が配属されている病院と、他の業務に追われ、看護中心の部門として訪問看護が作られたために縮小傾向にある病院に大別される。逆に外来は、従来は外来専従を配置せず当番制を引いた病院が多かったが、外来ニーズの増大により、現在ではほとんどの医療機関に外来専従（地域連携業務を含）が配置されている。地域の関係機関との連携、地域への定着支援などを行っており、今後も益々ニーズが増大することが予測される（表12,13）。

表11-1 B病院における入退院数、在院日数、外来患者数の推移

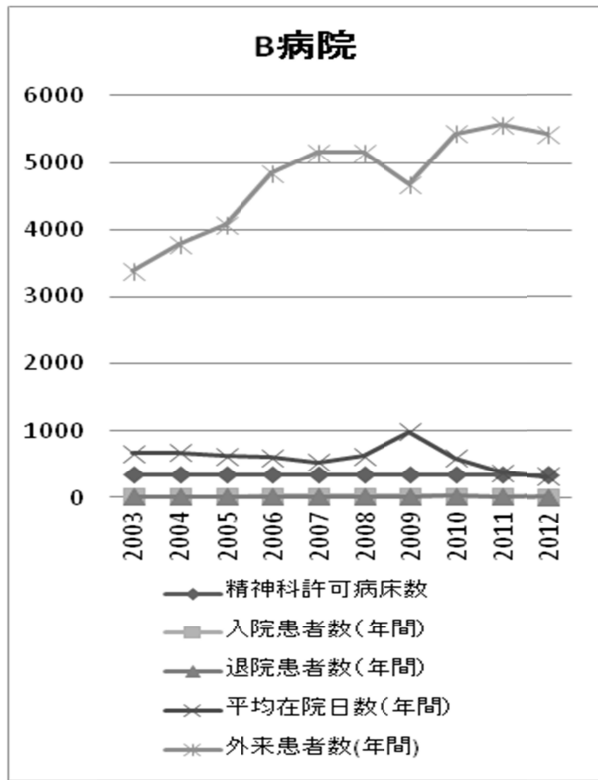


表12 F病院における退院者の転帰

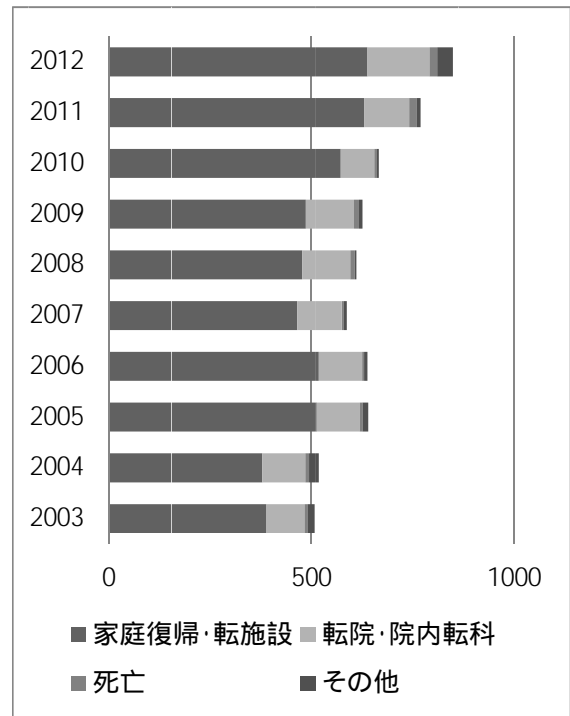


表11-2 F病院における入退院数、在院日数、外来患者数の推移

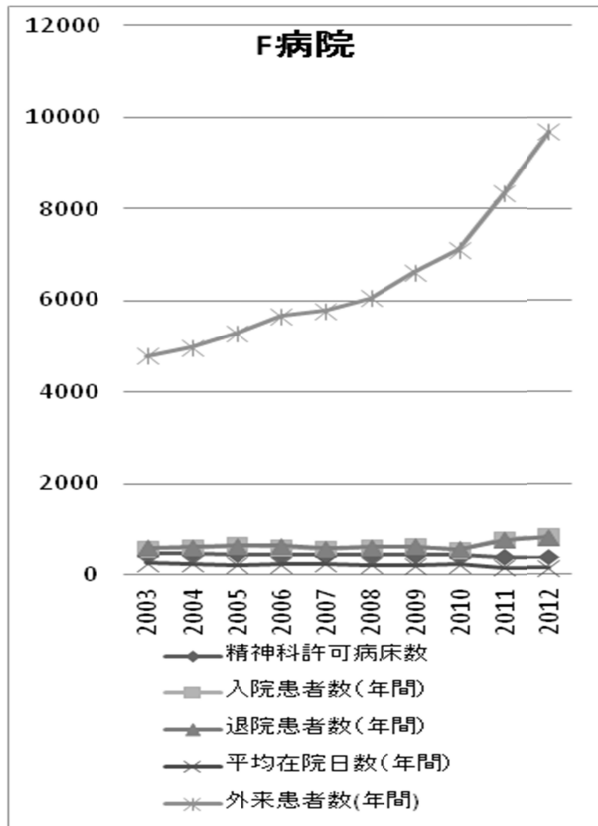


表13 外来、訪問、療養・一般精神病棟への精神保健福祉士の配属 *○は専従

	外来(地域連携への配置を含む)	訪問	療養病棟・一般精神
A病院	○	○	○
B病院	○	配置なし	○
C病院	兼務	○	○
D病院	○	○	○
E病院	兼務	兼務	兼務
F病院	○	○	○
G病院	○	配置なし	○
H病院	兼務	兼務	兼務
I病院	○	以前は専従、現在は兼務	○
J病院	兼務	○	兼務
K病院	兼務(専従の配置を検討中)	兼務	○
L病院	○	○	○

4. 機関、多職種からの評価と期待

いずれの病院でも何らかの形で多職種が参加するカンファレンスを開催しており、その中心的課題は退院支援についてである。チーム医療が古くから展開されていた医療機関においても、救急病棟や急性期病棟での早期退院、長期入院者の地域移行が進められるようになったことを契機に、多職種が一堂に会して検討する場が積極的に持たれるようになった。そこで、精神保健福祉士は患者の生活に寄り添う職種だと認識されていると感じており、退院後の生活を見据えたアセスメントや環境調整を実践している。また、多くの精神保健福祉士は、社会資源の知識を持っており、患者、家族、その人を支援している機関等と院内職員をコーディネートしながら、退院に結びつける職種だという自負を抱いている。そして、情報が集まるが故にそれを医療チームや地域の福祉サービス事業所、患者・家族に通訳し、共有し、更新していく役割を担っているのである。

昨今の精神保健福祉士の置かれている状況としては、以前より人数が増え、精神保健福祉士が配属されている組織としての機能やより高い専門性を求められている。個別の支援の終始していた時代から、医療機関や地域を取り巻く全体状況を見ながら、医療機関に所属する精神保健福祉士が為すべきことを積極的に提案することを求められる時代に変化してきているのである。また、経験の浅い精神保健福祉士も自分の担当部署では一人前の精神保健福祉士として働くこととなり、多忙になればなるほど、精神保健福祉士同士の連携や共有が希薄になることもある。同じ専門性に立脚して実践している職種としての相互研鑽が必要とされている。

. 他職種を対象としたグループインタビュー結果

多職種を対象としたグループインタビューは5病院において実施した（グループインタビューの分析結果の詳細は巻末資料参照）。

1. A病院におけるグループインタビュー

A病院では前院長の意向で昭和40年代から精神保健福祉士が配置され、チーム医療が推進されてきた歴史がある。「チーム医療の精神は法人の財産」と捉えられ、医療と福祉の橋渡しをする職種として認識されている。グループインタビューに参加した職種と経験年数は表14の通りである。

表14 A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
医師	13	7
看護師	50	10
臨床心理士	18	18
作業療法士	23	23
医療事務	32	32
精神保健福祉士	32	32
平均年数	28.0	20.3

A病院では日常的なやりとりやカンファレンス等で多職種それぞれが自らの専門性を発揮することを求められている。早期退院が求められる昨今の状況の中で、一見同じような業務をしているかに見える

て、それぞれの専門的視点でアセスメントして動いており、それを尊重する姿勢がチームの中に存在している。

そういうチームの「調整役というか精神保健福祉士の方を介して院内でも多職種の連携がとれて、また病院と他の地域の社会資源との顔つなぎ役」が精神保健福祉士であると認識されている。同時に「家族の方とか患者様も、ドクターに直接言えないことも、結構窓口で言われるんですね。そういったときは、やはりワーカーさんのほうにすぐ言って、『ちょっと話聞いてもらえないでしょうか』ということで聞いてもらって、そこから医者と連携」していくというように、患者、家族と医療職種をつなぐ役割も担っている。そして、法制度や社会資源に詳しく、チームのニーズに添いながら退院に向けて迅速に動くというのが精神保健福祉士への評価でもある。反面、他の職種の要求に応えようとするあまりに多くのことを引き受けすぎていたり、アイデンティティが不明確になってしまう可能性も指摘された。精神保健福祉士の平準化にも触れられ、教育・研鑽の必要性が確認された。

2. B病院におけるグループインタビュー

B病院は開設者が病院開設当初から精神保健福祉士の必要性を認識しており、昭和30年代から配置している。

同様に、作業療法士、臨床心理士の配置も早くから進められ、病院として「基本的には病院設立のときから多職種」という姿勢が貫かれている。B病院でグループインタビューに参加した職種と経験年数は表15の通りである。

B病院は小高い丘の上に立つ病院で、これまで比較的長期に入院している患者さんが多かった病院である。しかし、こ

表15 B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
医師	33	23
看護師	26	36
臨床心理士	6	6
作業療法士	10	7
事務	25	14
精神保健福祉士	32	32
平均年数	37.7	33.7

こ数年の間に「社会のニーズに伴って、この病院も身体合併症病棟ができたりですとか、つい最近ですが、認知症の疾患センターをとったりですとか、病院での流れ、動向、社会の動向だと思のですが、病院の変革に当たって中心になって精神保健福祉士が動いている」というような現状にある。病院としても個別のケア会議等を頻回に開催し、早期退院の実現に向けて「看護師、臨床心理士、事務、作業療法士、精神保健福祉士と、とにかくそれぞれ多職種でかかわって、それぞれがそれぞれの切り口でかかわって」いくことが望まれている。そして、精神保健福祉士は「院内外のつなぎ」であり、「いろいろな職種の中心、マネジメントをする人」と認識されていた。「フットワークを軽く地域と連携する、あるいは御家族とのかかわりを築き上げていくというのが、ケースワーカーの本来の役割」、「ガッツリと家族に落ちて、家族さんと入院されている御本人とをつなぎとめている。このつなぎが大事だと思う」といった語りが見られ、医療チームや地域の関係機関との連携だけでなく、家族との信頼関係、生活を支援する方法や知識の

多様さというところでの精神保健福祉士への信頼は厚い。しかし、情報が集まるがゆえにタイムリーな情報の更新と共有を求められる側面があり、その期待に応えていく必要がある。また、依頼されるがまま業務を行っていることで、「本来は、やはり自分がきちんと患者さんと連絡をとっていかないといけない部分でもあるので、そういうところをきちんとワーカーさんと、ここからは私がやりますというところをつくっていかないといけない」という言葉に表されるように、自らの専門性を点検し、それぞれの職種の専門性をより尊重したかわりも求められている。

3 .C病院におけるグループインタビュー

C病院も昭和30年代から精神保健福祉士が配置され、長年多職種チームに取り組んできた医療機関で、グループインタビューに参加した職種と経験年数は表16の通りである。

表16 C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
医師	24	13
看護師	28	22
看護師	37	21
看護師	29	25
臨床心理士	14	14
作業療法士	22	22
精神保健福祉士	38	38
平均	27.4	22.1

チーム医療に関しては、特に退院支援を中心に取り組まれており、「同じ目的に沿って専門的な話ができるようになってきている」という語りが象徴するように、それぞれが自らの専門性を意識しながらチームの中で動こうとしている様子が伺える。「昔はどっちかというところ(精神保健福祉士に)丸投げという感じだったけれども、今はお互いの専門性を見ながら、じゃ私はこちら辺をやるねとか、外でのセッティングお願いねとか、そういった形でうまく動けるようになってきているかな」という話や「退院するとか、次のステップに移るときに、心理的にすごく不安なわけですね。ワーカーさんが具体的な、退院しても福祉サービスがこんなに受けられるよとか、ここここに行けばいいんだよと、とても具体的に客観的な言葉かけをしてくださると、私は本当に心理のほうで、患者さんの心の支え中心にできるので、その辺の役割分担ができているときは、非常に次の一歩を進めるときには楽なので、やりやすい」といった話の中にも精神保健福祉士が何でも屋と呼ばれ、職種の隙間を縫うようにして動き、他職種に存在を認められようとしていた時代から、大きく転換しようとしている状況が理解できる。しかし、「何かあったらワーカーさん」が呼ばれたり、「先生と看護婦と家庭・家族と本人の、本当にパイプラインをワーカーさんにやってもらって」いるという認識や、病院への入口と出口、地域とのつなぎは精神保健福祉士の仕事として位置づけられている。

課題として捉えられるのは、忙しすぎる中で情報共有が十分に行えない点や精神保健福祉士間での格差、研鑽の必要性等である。看護師が病棟で見ていて「『わからない』とか言わない。それを言って

くれれば、こっちも、こっちが知り得た情報とかを、先に、前もって流せるけれども(中略)ワーカーさんは弱みを見せずに、一人で全部対応しなきゃいけないと頑張っちゃっている」ように映る点は医療チームの中では常にひとりであり、それだけ精神保健福祉士としての専門性を求められていると精神保健福祉士自身が感じていることの裏返しとも捉えることができるのではないだろうか。

4. D病院におけるグループインタビュー

D病院も開設者が精神保健福祉士及び多職種チームの必要性を早い時期から認識してきた医療機関であり、グループインタビューに参加した職種と経験年数は表17の通りである。

表17 D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
医師	25	12
看護師	30	28
臨床心理士	12	9
作業療法士	12	9
医事課	12	12
精神保健福祉士	26	26
平均	19.5	16.0

D病院においても多職種チームで動いている業務の中心は退院促進であり、その中で「役割分担が、割とはっきりわかっているんですね。病棟の中で、患者さんを中心にして、担当ナースがいて、担当ナースがうちの病棟のことを、患者さんの生活どうするかということをやっているんですね。その次に、退院に向

けてどうしようかということになると、そこでケースワーカーが登場してきて、あとはOT、PTが来てかわり合う」というのが現状である。

精神保健福祉士の役割としては「入口・出口という話もありましたけれども、そのつなぎ、調整役」というところで共有されており、病院内外、患者・家族とのつなぎ目であるという評価を得ていた。また、制度や地域の社会資源への知識を持ち、退院後の生活を支援するという点においても共通の認識が得られていた。反面、忙しすぎる状況があり、外来でのニーズが高いにも関わらず応えきれないことや、グループに入るといったことができない状況にあり、「看護がもう少しやってもいい部分も、もしかしたらワーカーがやっちゃっているかもしれない」といった指摘もあった。「退院について、その時期になると、支援の方法はケースワーカーが中心となって、退院先の調整、あるいはまた退院先でのいろんな調整、支援の方法とか、支援者の活用方法とか、それを細かくしてもらえますよ。であれば、我々、看護についても、病棟の中だけに集中できる」という話からも、たくさんのことを引き受け、丁寧にかかわろうとしている精神保健福祉士の現状が垣間見れる。しかし、多忙になる中での工夫や学習不足も指摘されており、「潤滑油としてのサラサラ度がすり減ってきたりすると、どうしても、うまくいくこともうまくいきにくくなるので、可塑性というか、潤滑油としての機能を失わないように、それぞれの個人が何とか努力している部分があると思うんですが、そういう点で、できることはお手伝いしたいと思うし、何か自分らで、サラサラ度が落ちないように工夫をこれからもしていけるように」といった意

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かうかとか、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いて、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が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伴って、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ないのかどうか、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出て、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

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 田園綱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。

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、B-2、C-2、D-2、E-2、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 か所、政令指定都市 15 か所、合計 44 か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 か所、政令指定都市が設置する精神保健福祉センター 15 か所、合計 57 か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 か所のうち、登用しているところが 5 か所 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。

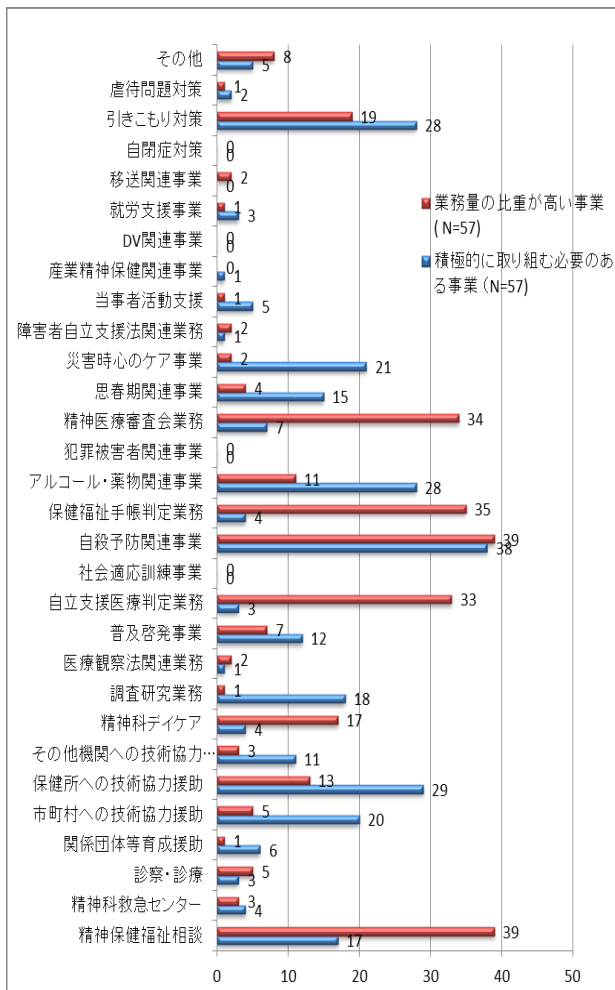
自立支援医療及び精神障害者保健福祉手帳の判定

	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に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。

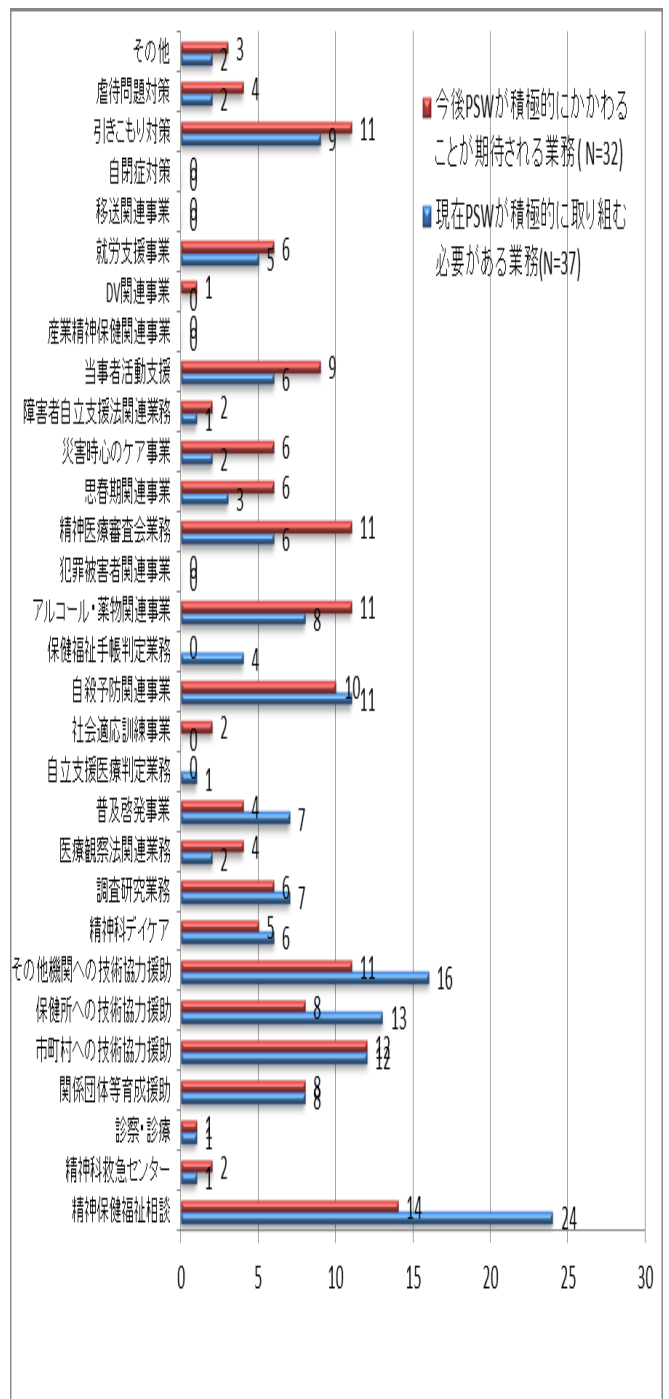


図2. 精神保健福祉士が取り組むべき業務

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

合計2区分	現在業務量の比重の高い業務 ^a	精神保健福祉相談	応答数		ケースのパーセント
			N	パーセント	
合計	現在業務量の比重の高い業務 ^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%
		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	現在業務量の比重の高い業務 ^a	精神保健福祉相談	20	14.4%	71.4%
		診察・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
19人以上	現在業務量の比重の高い業務 ^a	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%
		診察・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。

今後積極的にしかかわる必要のある業務度分布表

合計2区分		応答数		ケースのパーセント	
		N	パーセント		
今後積極的にし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 今後積極的にしかかわる必要のある業務 ^a	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 今後積極的にしかかわる必要のある業務 ^a	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、業務量が多いが、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。

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 力所 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)：自治体名(都道府県名及び政令指定都市名)、精神医療審査会事務局強化の必要性の可否とその理由、-1 必要な場合、どういった対応が考えられるか、-2 精神保健福祉士の必置性の可否、精神医療審査会事務局業務の体制について、-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、-2 専任職員の配置状況、その職種名、-3 業務に係わる精神保健福祉士の関与の有無、-4 精神保健福祉士の必置性について、-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)、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 力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。

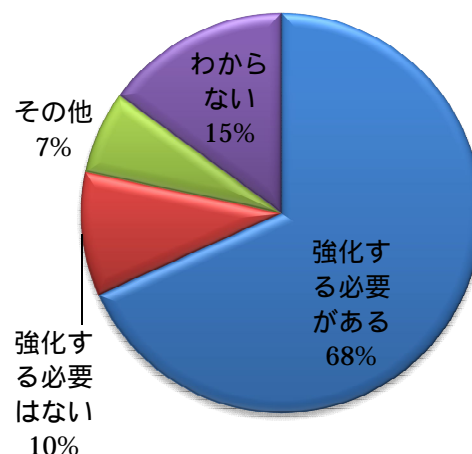
自治体名

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。

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)

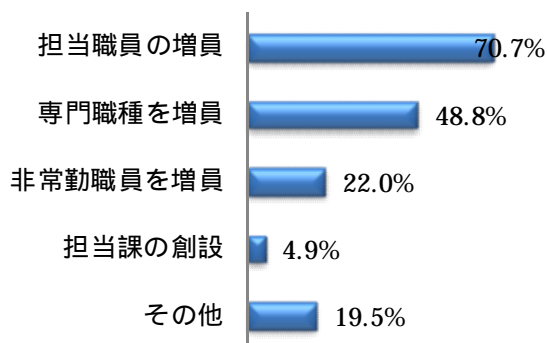
図 1 審査会事務局業務の強化について



-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



精神医療審査会事務局業務の体制について

-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

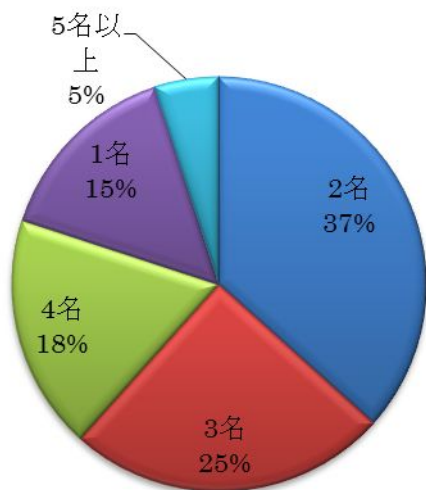
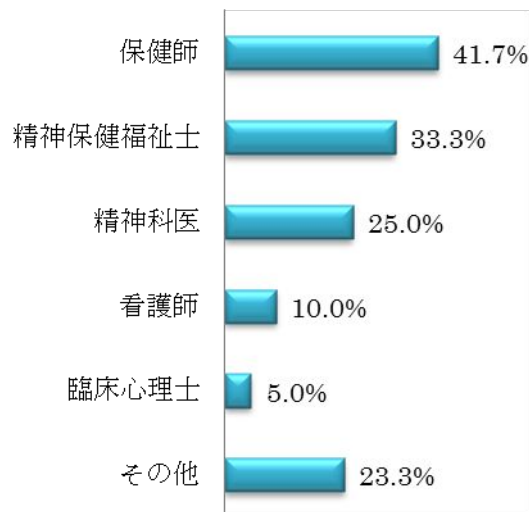


図4 職種構成割合

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）

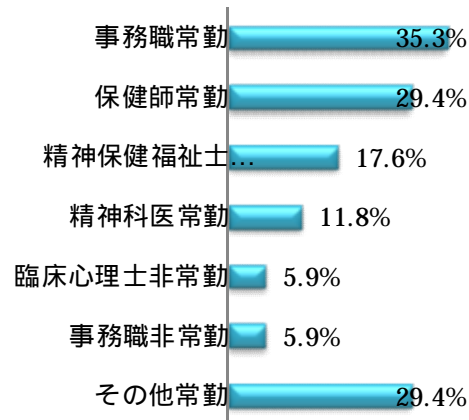
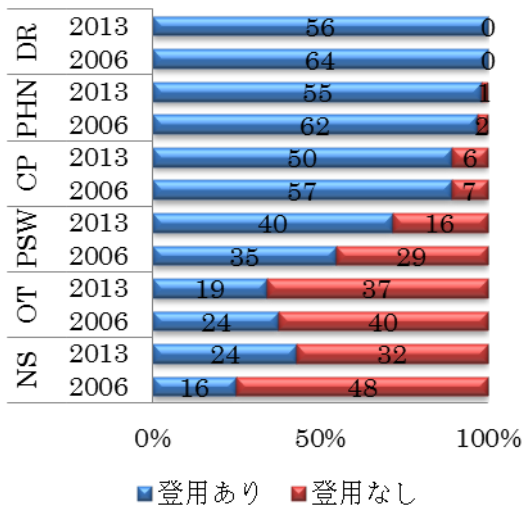
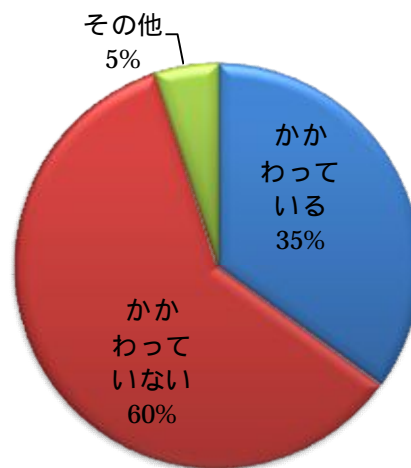


図8 審査会事務局への精神保健福祉士の関与

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)



-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6 専門職の有無

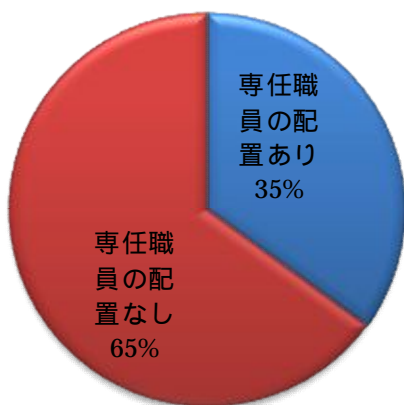
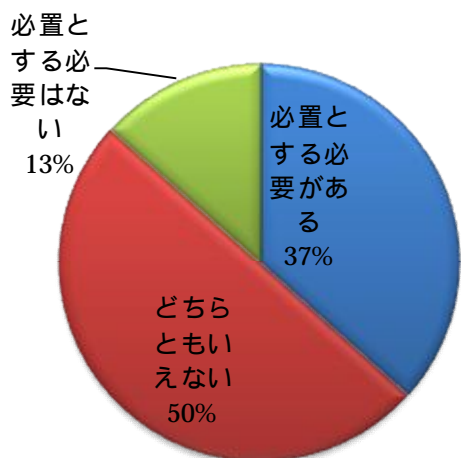


図7 専門職の配置状況

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



-5

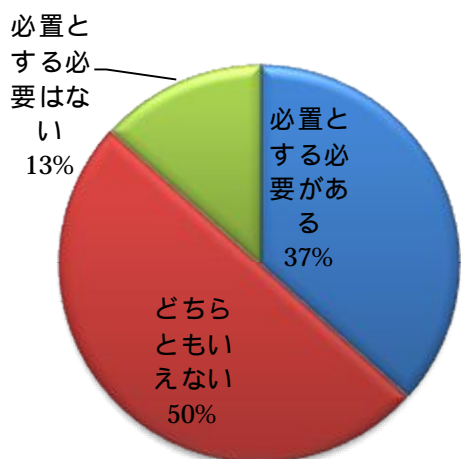
精神保健福祉士増員の可能性、登用の可否に関する理由（登用が出来ない訳）

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。

（図10）

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11）

図10 今後のPSW 登用について（登用済みセンター）



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

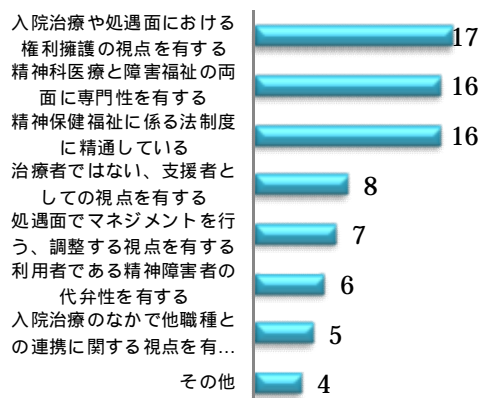
「入院治療計画などを審査するには事務局側にも専門職は必要である。」「退院請求などの事務では、行政職より専門的な対応が可能となる。」「退院に向けたプログラムチェック機能のため」「審査に当たっては事務局にも生活環境に熟知した専門職が必要である。」「法改正により入院届の入院診療計画や退院に必要な支援や環境調整で専門知識が必要だから」「法律に精通し、障害福祉に専門性があるため」「法改正に伴い、早期退院に向けた病院管理者の責務の追加や、審査会に関する見直しがあったため、退院請求等の精神保健福祉に精通し、精神科医療にも専門性をもつ精神保健福祉士を事務局に必置とする必要性がある。」「入院患者の人権の更なる擁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。

図 11 精神保健福祉士を登用したい理由



続いて、今まで審査会業務に精神保健福祉士が係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12)

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い」(28.9%)(21.1%)とする意見が多くみられた。(図13)

図 12 今後の精神保健福祉士の登用について

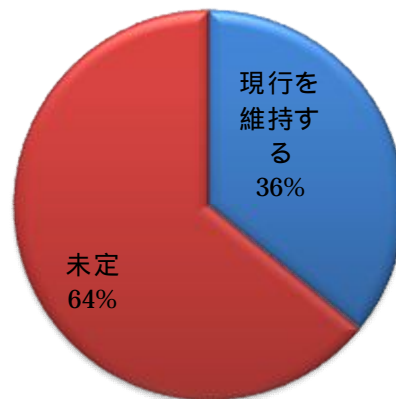
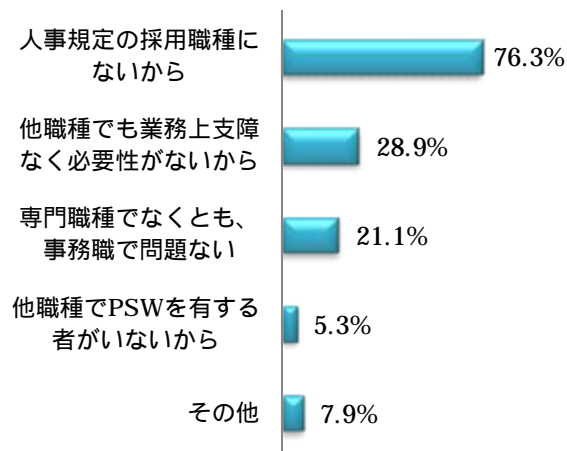


図 13 精神保健福祉士が係わっていない理由



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が実施され、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。

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、身体の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いたため、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 PSW 2 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 PSW 4 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(23 条、24 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いないためである。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。

・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・経験を持つ職員を配置しており、その志向性に沿った採用条件としている。

・育成は地域機関のPSWをはじめとする

市のPSWには主に自身が担当している。さらに関係機関PSW等の相談役となってアドバイスをを行うこともある。

研修の機会であるが、市内の関連機関職員とともに研究会を主宰し、事務局となり月1回の十数年にわたり行っている。平日夜間となるが、新人にはPSWにとって如何にネットワークが必要であるか後輩が学ぶ機会ともなっている。出席者は毎回十数名あり、新規参加者は名刺交換の場ともなる。テーマは最近では精神保健福祉法の改正や医療観察法の学習のため、社会復帰調整官に来ていただくなどである。

望ましい市町村行政職精神保健福祉士像は何か

・保健、医療、福祉を「繋ぐ」役割を意識する。
行政職として重要なのは地域ネットワークの中心となって保健、医療、福祉を「繋ぐ」役割を意識することである。特に医療は行政が直接持っていない社会資源である。また、福祉も行政だけでは成り立たない。ネットワークを広げ、確かなものとして行くことが重要である。

インタビューを終えて

発言で印象的なのは、「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」との部分である。「精神保健福祉士」との名称にある通り、福祉と保健(医療含む)という幅広い分野をフォローするという、本来の役割が体现化されているように感じる。そこで、C市役所では精神科医療に対する知識・経験を重視するため、採用は5年以上の精神科病院経験を求めることに繋がる。

さらに精神科病院時代に培ったソーシャルワーク(特に、ケアマネジメント、ネットワーク)の知識経験が行政職として「使える」との発言は注目に値する。

単に精神医療の知識・経験であれば、精神科医や保健師・看護師でも可であるが、行政職として重要なのは氏の述べるソーシャルワークである。

特に、行政職であるメリットとして、「個別相談・支援で把握したニーズを、行政職の本来業務である制度・施策策定に反映させやすい」旨の指摘には、強く納得させられた。

市町村行政職の精神保健福祉士業務の特徴

市町村は市民からの相談の窓口業務の側面が大きい。身近な相談機関である。

対象者は市民全体であり、病院は外来・入院中のクライアントや家族である。

この点が市町村行政職の精神保健福祉士の特徴である。

特に都道府県職員との違いは「身近な相談機関」である点である。県(保健所や精神保健福祉センター)だと市民から見ると遠い存在になる。

業務内容の特徴

・個別相談(直接援助)とソーシャルワーク(間接援助)が2大業務であるが、相談は病院時代と比較して幅広い。

不登校や引きこもりなど直接医療にかかわらないケースの相談も市民のニーズに合わせて取り組まなくてはならない。

ソーシャルワークでは、地域自立支援協議会の事務局として啓発活動やワーキングチームの運営にかかわるなど行政職としての役割が期待される。例示すれば、地域移行支援では支援の枠組みを決めるなど、市全体に目配りした役割である。

・求められる機能・役割としては、個別相談でもSWでもコーディネート機能である。

C市障害者福祉課では精神科受診前相談が多いが、他の職員は精神科医療に関する経験がないため、「精神科病院の状況」が今ひとつ分かっていない。そこを繋ぐ役割が期待されることが多い。SWの場合であっては、市民と専門機関、行政と専門機関を専門機関同士などを「繋ぐ」役割を持っている。

民間の精神保健福祉士との違い

・民間病院時代の経験は役に立っているか。
精神科医療機関の勤務経験は役に立っている。特に「精神科医療機関が一般的に今何を求めているか」「何に困っているか」「どのようにすれば協力してもらえるか」などは、自身の経験から想像できる。これは医療技術の理解でなく、全体的なシステムの理解である。

・民間病院との違いは何か

民間病院時代は自分の病院のクライアントだけに目が向いていた。今は市民全体の幅広いニーズに目が向いている。

・行政職であるメリット

幅広い市民を対象として、制度施策作りに関わることができる。

望ましい市町村行政職精神保健福祉士像は何

か

マクロ、メゾ、ミクロであれば、メゾ的な人である。個別支援と施策を同時に行える人が市町村では重要である。直接市民の声を聞いて、血の通った施策を作るといったクリエイティブな視点である。今後、精神保健福祉法では保護者制度の廃止に伴う、新たな権利擁護システムの構築が課題となる。その部分に市町村精神保健福祉士が関わることが重要と考えている。

「直接市民の声を聞いて、血の通った施策を作るといったクリエイティブな視点」を持つ人が市町村行政職の精神保健福祉士として重要であると発言には注目する必要がある。

一般に都道府県、特に精神保健福祉センターの精神保健福祉士は県の施策に直接関わることは少ない。県庁の精神保健福祉士はあるが、それは「直接市民の声を聞く」点では薄い。一方、市町村行政職の精神保健福祉士の場合は、双方ともに直接的に関わるのである。

この点では精神保健福祉士の専門性を十全に発揮できるのは、市町村行政職の精神保健福祉士ではないかと感じた

D - 2 . 考察

地域の精神保健福祉関係者の育成や地域づくりの中心的な存在となっている。

- ・連絡会議では業務に必要な最低限の情報共有がおこなわれ、相談支援専門員に技術指導をおこなっている

- ・関係機関 PSW 等の相談役となってアドバイスをこなうこともある

- ・市内の関連機関職員とともに研究会を主催、事務局となり月 1 回、十数年にわたりおこなっている

- ・地域自立支援協議会の事務局として啓発活動やワーキングチームの運営にかかわる

社会資源の創造を担っている

- ・マネジメントや社会資源の創設は行政がおこなうべき役割である

- ・コーディネート機能が求められる
- ・精神科病院の状況がわかっていて、市民と専門機関、行政と専門機関をつなぐ役割がある

- ・個別相談・支援で把握したニーズを、行政職の本来業務である制度・施策策定に反映させやすい

対象の広さ

- ・自己完結型が困難であり、他機関連携を含むソーシャルワーク業務が多くなる

- ・直接市民の声をきく場面が多い

- ・精神保健福祉士は全ての市民への支援ができる

- ・相談は幅広い。不登校や引きこもりなど直接医療にかかわらないケースの相談も対応する

- ・保健、医療、福祉をつなぐ役割を意識して実践している

市町村精神保健福祉士のキャリア

- ・相談支援を 5 年以上している人、指示的でなく一緒にやっていく人であることが必要

- ・精神保健福祉士は精神保健福祉職として経験 5 年以上を要する

- ・精神保健福祉職の採用者は全員が精神科病院 PSW の経験ある

精神科医療に関する知識を有している

- ・精神科医療に関する知識が重要である

- ・福祉チームのなかで精神科医療知識をもつ職員というイメージでとらえられている

- ・福祉行政では「精神科医療に関する知識」を求められている

- ・行政のなかの精神科医療知識をもつ職員という位置づけはあっていると思う

- ・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、症状とあわせて理解している

E - 2 . 結論

行政の特徴

- ・地域性が大きく影響する。県から言われたことの比重を市町村がどう受け取るか異なる

技術の伝承

- ・公務員には人事異動があることが前提だろう

技術の伝承は必須であり特殊性の一つであろう。

- ・行政は極めて組織的で、レベルが急激にダウンすることはない。平均的なレベルが担保されていることが特殊性の一つであり、民間との違いところ。

制度施策面への関わり

- ・市町村であれば、予算請求、財政課との交渉が直接的にできる。
- ・メゾ・マクロ的視点が求められる。
- ・地域をどう作っていかうという意識が行政 PSW は強い
- ・個を深くという視点とは異なり、個から全体を広くみられるのが行政 PSW の特徴
- ・ケースを抱え込むということを行政 PSW は決してしない。
- ・地域的視点は分野領域を問わずソーシャルワーカーが当然持つべき視点であるが、行政 PSW は持ちやすいし、実現しやすい。
- ・個への関わりは、支援の効果がみえやすく達成感がもてるが、地域の変化はみえにくい、達成感をもちにくい
- ・ある程度、個別支援の経験は必要。行政 PSW にはケースワーク経験がある程度必要。
- ・採用は実務経験が必要。
- ・新人教育（ケースワーク経験のない PSW）をどうするのかという課題
- 資格の存在
- ・資格ができて意識はどうか変わったか。社会資源を紹介することが自分たちの仕事という感じ（制度紹介だけ？）。
- ・ケースワークの一つ一つが違い、指標化が難しい。スーパーバイザーが具体的に指導することをしないと人材が育っていかない。OJT が必要
- ・PSW の中核的な業務として、個にかなり深い部分に入り込む。個に強烈にかかわることが行政 PSW にも当然必要。リンケージだけではよい支援につながらない。

F . 研究発表

四方田清、伊東秀幸、斎藤敏靖、行實志都子、石

田賢哉「行政機関における精神保健福祉士の役割と機能～精神保健福祉センター全国調査を中心に～（第 1 報）」第 2 回日本精神保健福祉学会（埼玉県・2013 年 6 月）

伊東秀幸、斎藤敏靖、四方田清、行實志都子、石田賢哉「精神保健福祉センターの業務と精神保健福祉士～厚生労働科学研究全国調査から～」第 21 回日本精神障害者リハビリテーション学会（沖縄県・沖縄コンベンションセンター、2013 年 11 月）

四方田清、伊東秀幸、斎藤敏靖、行實志都子、石田賢哉「精神医療審査会業務における精神保健福祉士～精神保健福祉センター全国調査からの提言～」第 21 回日本精神障害者リハビリテーション学会（沖縄県・沖縄コンベンションセンター、2013 年 11 月）

G . 知的財産権の出願・登録状況

なし

障害福祉サービス・自立支援における 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 中村 和彦 北星学園大学社会福祉学部教授

研究協力者氏名	研究機関・所属施設名
大丸 幸	九州栄養福祉大学（日本作業療法士会）
宮部 真弥子	脳と心の総合健康センター（日本精神保健福祉士協会）
岩上 洋一	ふれんだむ（日本精神保健福祉士協会）
江間 由紀夫	東京成徳大学
中村 卓治	広島文教女子大学
橋本 菊次郎	北翔大学
松浦 智和	旭川大学

研究要旨：

本研究の目的は、障害福祉サービス等事業所における現況及び、障害福祉サービス領域での精神保健福祉士の役割と機能を明らかにした上で、精神障害者の地域における自立生活支援の効果を高める精神保健福祉士の介入方法及び、その普及方法の開発を行うことである。

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年間となっており、前年度は、今年度に向けた量的調査研究及び事例調査研究を進めるにあたり、本研究班の研究協力者による各地域の実態調査を踏まえた報告を受け、実施エリアや調査対象及び調査内容等の確定に向けた情報収集と検討を中心に行った。

今年度は、先駆的な地域である北海道釧路市、広島県東広島市及び三原市の相談支援事業所へのヒアリング調査、また北海道札幌市の委託相談支援及び指定相談支援を実施している事業所へのアンケート調査を実施し、精神保健福祉士の役割と機能を検討した上で、次年度に向け、介入方法及び普及方法の開発にかかる要点を見出した。

A．研究目的

障害福祉サービス等事業所における精神保健福祉士の活動に対する評価を実施し、その上で、新たな介入方法及び、その普及方法の開発を行うことで、相談支援、地域移行・地域定着支援、就労支援等、精神障害者の自立生活支援の充実に資することにある。

今年度については、前年度の研究成果を

踏まえ、相談支援事業における精神保健福祉士の役割と機能及び、諸課題を明らかにすることとともに、最終年度の研究焦点となる精神障害者の地域における自立生活支援の効果を高める精神保健福祉士の介入方法及び、その普及方法（研修プログラム内容やその展開方法）を開発・立案する上で、その要点を見出すことを目的とした。

B．研究方法

障害福祉サービス等事業所における精神保健福祉士の役割や機能及び、諸課題を明らかにするために、前年度における研究成果を踏まえ、先駆的実践地域として、北海道釧路市、広島県東広島市及び、三原市を選定し、地域における精神障害者の地域生活支援の要になると考えられる相談支援事業所へのヒアリング調査を実施した。ヒアリング対象は、それぞれの事業所において全体を把握し運営の責任を担っている管理者であり、かつ精神保健福祉士国家資格保有者である。ヒアリング内容は、相談の実際や方法、地域や他機関との連携状況、抱えている課題等についてであった。なお釧路市においては、連携機関として、行政機関（釧路市役所担当課）の職員、精神科医療機関の精神保健福祉士に対して、補強的な意味でヒアリングを実施した。さらに、就労支援事業における実態を把握するため、北海道旭川市において就労支援を展開している事業所に勤務する精神保健福祉士に対しヒアリング調査を実施した。

加えて、大都市である北海道札幌市において、郵送法によるアンケート調査を実施した。調査対象は、市町村による相談支援事業について札幌市から委託を受けている全相談支援事業所 18 か所（全て、計画相談支援を担う指定特定相談支援事業、地域移行支援及び、地域定着支援を担う指定一般相談支援及び、障害児相談支援事業の指定を受けている）と、基幹相談支援事業所 1 か所であった。調査内容は、精神保健福祉士国家資格の保有状況、精神保健、精神科医療、精神障害にかかる相談内容や課題、他機関との連携状況や課題、スキルアップのための研修状況や課題等であった。

なお、他の 3 つの分担研究班、「医療研究班」「行政研究班」「介護研究班」との間で、研究状況の情報を交換、協議をしながら、研究推進にあたった。

C . 研究結果

本年度の研究は、(1)先駆的実践を展開している相談支援事業所へのヒアリング調査（北海道釧路市、広島県東広島市、広島県三原市）と、(2)就労支援事業を展開している精神保健福祉士へのヒアリング調査（北海道旭川市）(3)北海道札幌市にある委託相談支援事業所及び、基幹相談支援事業所へのアンケート調査を実施した。以下にそれぞれの調査毎に、その結果を記すことにしたい。

(1)相談支援事業所へのヒアリング調査の結果

以下に今年度実施した北海道釧路市、広島県東広島市及び、三原市での相談支援事業所に勤務する精神保健福祉士に対するヒアリング調査の結果を記すことにしたい。

釧路市でのヒアリング調査の結果

今回のヒアリング対象者は、平成 13 年 10 月より地域生活支援センターを開設し（実際には平成 9 年より認可外の地域生活支援センターとして活動開始）現在に至るまで事業を拡大、釧路圏域における障害者の地域生活支援を担う中核機関として実践を展開してきている事業所の責任者（施設長）であり、20 数年にわたり精神保健医療福祉領域に従事してきた精神保健福祉士である。

ヒアリングから障害者の地域生活支援を展開する上で、その要点として、いくつかの点を挙げる事ができる。第一に、行政機関とのつながり、連携を意識的におこなってきたことである。具体的には、市の「総合福祉計画」や「障害者福祉計画」、「地域福祉計画」の立案に、精神保健福祉士として積極的に参加し、専門的見地から意見や提案をおこなってきた。その上で、地域に

において計画内容が実際に展開される段階では、行政機関担当課との間で培ってきた連携体制を重視し、その経過や課題を共有することを常に念頭におき、信頼関係の醸成に努めてきた。その上で、地域で暮らす障害者にとって、行政窓口が日常的な相談窓口として機能することを意図し、「架け橋」役を積極的に担うことにも努め、実際に、サービス利用相談にとどまらない相談が行政窓口でもおこなわれ、障害者了解の上で情報を共有しつつ、障害者を中心にした連携関係が継続できている。

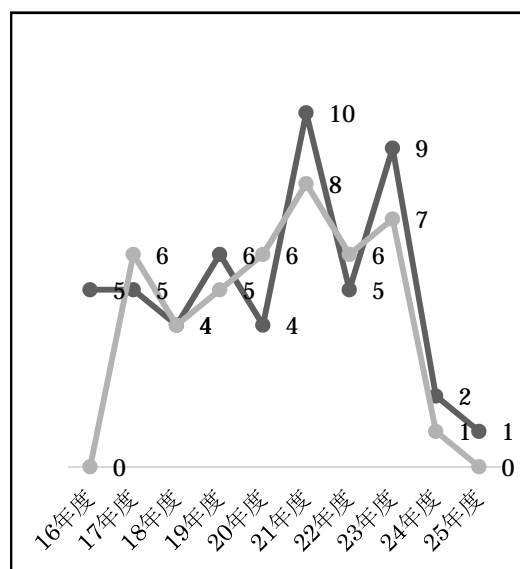
第二に、医療機関との連携についてであるが、そもそも精神科病床数が少ないという実状が背景にあるが、退院促進に関連し、医療機関におけるケア会議に地域機関から参加できる素地があり、釧路管内の医療機関、地域機関の参加による「退院促進協議会」を組織する等して連携体制を構築してきている。

そのような中、障害者の地域生活支援に精神保健福祉士がその専門性を活かし、かかわることの意義についてであるが、端的に言ってそれは、精神疾患、精神障害に精通したソーシャルワーカーであるという点にある。たとえば社会福祉士は、「社会福祉」に限定した専門家という地域からの評価があり、ケアマネジャーは、制度上から言っても、退院後からの関わり限定されてしまう。精神保健福祉士は、ソーシャルワーカーとしての専門性、知識、技術を活用しつつ、精神疾患、精神障害の問題・課題に対応できる専門職として、地域に暮らす障害者の生活課題、また地域が抱える課題の解決に向けた実践を展開できるところに、その意義があるという。

一方、障害者への地域生活支援における課題であるが、種々の施策展開が図られ、様々なメニューが整備されサービスを提供する機関も増加する中、それらを繋ぎ、制

度間をコーディネートする機能が重要になってくることである。加えて、コーディネートは、地域生活を継続するためにサービスを利用する障害者の生活課題を念頭においたものでなければならないが、障害者の生活を全体的にとらえることができる能力がますます求められてくるだろうことが語られた。また具体的課題として、今後は、障害者の「住まい」「住宅」の確保に関する課題、加えて、長期入院を経て退院してこる高齢精神障害者へのサポートという課題が浮き彫りにされ、制度というハード面とともに、ソフト面として、入院時から継続して支援する方法等の課題が指摘された。

ところで、平成 24 年度から個別給付化され「地域体制整備コーディネーター」が廃止されたことについての課題も表明された。下図は、釧路圏域における「精神障害者地域生活支援事業」の新規利用者数（濃）と退院者数（淡）の推移を表したものであるが、平成 16 年度以降、年によって差はみられるが、増加傾向にあった。ところが、個別給付と



なった平成 24 年度においては、新規利用者 2 名、退院者 1 名と激減した。平成 25 年度

は、年度途中ではあったが、新規利用者数 1 名、退院者数 0 名である。先述しているように、これまで医療機関と地域機関との連携体制の構築に取り組み、その維持に努めてきた圏域ではあるが、文字通り「コーディネート」する役割が制度上消失したことによる影響が示唆された。

東広島市でのヒアリング調査の結果

ヒアリング対象者は、指定特定相談支援事業、指定一般相談支援事業、地域活動支援センター 型事業、東広島市からの委託相談支援事業を展開する事業所の管理者で、20 数年にわたり実践に従事してきた精神保健福祉士である。また運営母体である社会福祉法人ではその他に、自立訓練（生活訓練）事業（定員 9 名）、就労継続支援 B 型事業（定員 30 名）を展開している事業所を設置運営している。昭和 61（1986）年、東広島市内で初めての精神障害者の共同作業所として出発し、昭和 51 年に結成された地域家族会が運営母体）、平成 13（2001）年に社会福祉法人化、翌年より、精神保健福祉法下の地域生活支援センター及び、通所授産施設として事業を始め、障害者自立支援法施行とともにそれぞれが新事業に移行し、今日に至っている。

以下にヒアリングから、現状と課題についてそれらの要点を結果として記すことにしたい。

精神保健福祉士が、相談支援事業所において相談支援専門員として仕事をすることの有意性については、第一に、相談支援において個別性を大切にしていることにあり、利用者個々人にとって、生活上支障があるところから支援をはじめたいという姿勢であるという。昨今は、サービスメニューも整いつつあるため、不必要な支援が提供されている可能性も否めない。であるからこそ、個別性を重視し関係を形成し、何がそ

の人の役に立っているのか、役に立つのかを考える姿勢に立てるのが精神保健福祉士であろうことが強調された。またその際に強調されるのが、「生活」をいかに捉えるのか、その「アセスメント力」であるという。

また精神保健福祉士（ソーシャルワーカー）の特徴的な視点として、利用者本人の「のびしろ」、「ストレングス」に焦点を当てていくこと、そして支援の成果は、本人がエンパワーされることであることが強調された。そのような視点をもった支援を継続することにより、「困っている人」という周囲の捉え方に変更を加えていくことに大きな意味があり、昨今は、「計画を立てること」がゴールになっている実状も垣間見られるため、精神保健福祉士の有意性として強調してよいと考えられることが示唆された。加えて、単なるサービス提供でだけにとどまらず、障害者本人が持っている力を周囲に見せていくような関わりや支援を継続し、周囲や地域を変えていくことは、「社会的復権」につながる精神保健福祉士こだわりの視点ではないかという。

ところで、相談支援事業所の相談支援専門員は、イコール精神保健福祉士ではないことを前提としなければならないが、最近では、相談支援専門員の退職や移動が激しくなってきたことが報告され、また、孤立や孤独が課題になってきているという。それは、相談件数の増加や計画立案の増加により、余裕がない中で業務を推進しなければならないことに背景がありそうではあるが、相談支援専門員を支える体制が不可欠であり、事例の検討や OJT といった研修機会の保障が重要となる。がしかし、それらに取組む時間や人員の不足、スーパービジョン体制の欠如というジレンマに忽ち陥り、それらの悪循環を断ち切り、課題を解決していくことが大きな課題であることが切実に語られた。

連携の問題については、これまでの実践経験、事業展開の積み重ねの中にあり、現状において大きな課題を抱えていることはないが、いくつかある具体的な課題として、当事者の力、ピアの力を引き出し、支援体制の中に位置づけていくための連携をどのように作り上げていくのか、また自立支援協議会が形骸化してきているのではという懸念があり、何のための会議か、何のための支援か、課題を提案し協議できる場へと変革しなければならないことなどがあげられた。

三原市でのヒアリング調査の結果

ヒアリング対象事業所は医療法人立であり、平成 18 年度より三原市からの委託を受け、現在、障害者総合支援法に基づく相談支援事業（指定特定相談支援事業及び、指定一般相談支援事業）と地域活動支援センター事業、児童福祉法に基づく障害児相談支援事業、及び居住サポート事業を運営している。ヒアリング対象者は、精神保健福祉士資格を保有している施設長（管理者）、相談支援専門員であり、精神科医療機関の PSW を含め 20 年余の実践経験の持ち主である。

以下にヒアリングから得られた障害者への地域生活支援における要点や成果、また課題について記すことにしたい。

釧路市でのヒアリング結果にも見られたが、事業の展開、相談支援の展開において、行政機関とのつながりは欠かせないものであり、これまで積極的に連携に努めてきた。障害福祉課、生活保護課、保健所といった機関との間での結びつきの維持は一環として持ち続けており、精神保健福祉士としては社会活動の一環として常に意識してきたことが強調された。また、この行政機関とのつながり、連携の継続が、居住支援の連絡協議会設立につながったり、保健所がピ

アスタッフの養成研修を主催したりするなど、現在ある様々な活動メニューとして結実している。その際に、障害当事者の声、ニーズを適切に行政に伝えていくことを大切にしてきたのだという。

さらに行政機関のみならず、社会福祉協議会とのつながり、連携が深いことも特徴としてあげられる。具体的には、20 年余り継続しているが、当事者、医療機関、社会福祉協議会が共催し、精神保健福祉講座、いわゆる、精神保健ボランティア養成講座がある。ヒアリング対象者が医療機関 PSW として従事始めたころに携わった地域活動のひとつであり、今日、地域生活支援を展開していく上で、重要なものとして位置づけられるに至っている。

さて現在、地域生活の支援を展開する上で重要視しているのが、地域活動においてピアスタッフの力をいかに育て、導入していくかである。保健所でピアスタッフの養成を積極的におこなってきたことは先述したが、ヒアリング先においてもピアスタッフを雇用し成果をあげてきているが、今後、定着させ拡大していくことが課題であることが語られた。

ところで、障害者の地域生活支援に精神保健福祉士がかかわることの有意性であるが、東広島市でのヒアリングに共通するところがあるが、障害者本人が持っている力に目を向け、見定め、本人のペースでかかわっていくことの大切さをわかっていること、パートナーシップということの重要さをわかっていることではないかという。

ところが実状を客観的にとらえてみた時に、いくつかの課題がはっきりしてきているという。それらは、ヒアリング対象の事業所のみならずの話として、相談支援専門員が、生活状況が見えていない中で計画相談を進めていること、そもそも生活全体をどうとらえるかの理解が充分ではないこ

と、利用者のニーズの整理の仕方が不十分であり、結果として、計画を立てられないという悪循環に陥っているのではないかという危惧が語られた。また連携の問題であるが、事業所などの数が増加したことが背景にあると考えられるが、積極的にネットワークを形成しなくなってきたことが目立っているという。それらにはスキルアップ研修の機会提供が不可欠であり、事業所間でフォローアップしていく体制づくりも重要であることが表明された。

その他として、自立支援協議会のあり方の問題が指摘された。それは、種々の活動や連携等について、不十分なところを指摘する「批判型」で終始する傾向があったが、地域で暮らす障害者を念頭に、協働を意識する「提案型」に変化させていこうという流れである。また最近では、障害児への支援、また単身生活者へのモニタリング等の問題が話題にのぼることが多いこと等が指摘された。

(2) 就労支援事業所へのヒアリング調査の結果

就労支援事業の実態を把握するため、北海道旭川市において就労支援事業を展開している事業所に勤務する精神保健福祉士に対し、ヒアリング調査を実施した。ヒアリングを実施した事業所は、特定非営利活動法人が運営しており、現在、就労移行支援事業（定員 12 名）、就労継続支援 A 型事業（定員 10 名）、就労継続支援 B 型事業（定員 15 名）の 3 事業を実施している。ヒアリング対象者は、全ての事業の運営を統括する責任を担う施設長であり、精神保健福祉士と社会福祉士の国家資格を保有している。

母体である特定非営利活動法人は、7 年前に設立されたが、現在の事業運営に至る出発点は「精神保健福祉ボランティア講座」にあった。この講座は、旭川市内で精神科

医療機関や地域機関に従事する精神保健福祉士と旭川精神衛生協会の共催により開催されたものであるが、講座修了者がその後の活動の場として、地域で暮らす精神障害者の「憩いの場」を創設、その場が地域共同作業所に移行し喫茶店業務を主に展開することとなった。平成 18 年 4 月に特定非営利活動法人を設立。同時に地域活動支援センターを開設した。

その後、旭川市の協力もあり、行政機関の職員食堂が活動場所になる等、徐々に活動範囲も広がり、新しい制度に対応させるため、現在の就労移行、就労継続 A 型、就労継続 B 型の 3 事業の運営体制に至っている。この間、常に意識されてきたことは、地域に開かれていること、多様な活動を提供し実践することであった。

現在の実状と課題についてふれることにしたいが、本事業所がこれまでの実践から、就労移行支援から、一般就労あるいは、A 型、B 型への移行というプロセスではなく、就労継続支援 B 型の利用から、就労移行支援を経て、一般就労あるいは A 型という支援プロセスを強く意識しているという点に特徴が見出せた。

そこで運営面であるが、特に就労継続 A 型事業所における課題が大きい。利用者が A 型における労働に「慣れてしまう」傾向がみられ、仕事を継続できるメリットがあるが、一般就労という次のステップが踏めるであろうと考えられるにもかかわらず、A 型に「停留」する傾向が顕著になってきたという点である。ここでは、就労継続支援 A 型事業における支援のあり方が課題として指摘された。

また支援対象、支援内容の変化という実状が報告された。具体的には昨今、発達障害を抱える利用者が増加しており、それらの利用者が共通してもつ「失敗の経験が次に活かせない」という特性により、継続し

た就労支援が展開できていないこと、加えて、利用者家族に対する様々な支援機会が増えている傾向にあるが、十分な対応がおこなえていない点があった。就労系支援事業所における発達障害者への支援方法、利用者家族に対する支援方法が課題となっている。

さらには、精神障害者への就労支援を展開する際、精神科医療機関、他の就労支援機関、相談支援事業所等との連携が不可欠であるが、十分にできていない実状も報告され、就労系支援事業所として、他の関係機関との連携のあり方、その方法が課題となっている。

次に、支援者の専門性をめぐる実状と課題であるが、精神障害者への就労支援を展開する上で、利用者がもつ力の見極めが非常に重要となり、それはまず、得られた情報から、利用者本人の特性やニーズを把握することが重要であるが、支援者のアセスメント力の弱さがあり、かつ、日常業務の多忙さも要因であるが、アセスメントする力を更新したり強化したりする場が得られないということが報告された。支援者として情報を収集するインテーク力や、収集した情報を駆使してアセスメントする力を更新・強化するという課題と、それらの保障する研修機会をいかに用意するかという課題が示唆された。

また、精神保健福祉士として精神障害者への就労支援にあたる上で、利用者の生活全体を把握した上で、エンパワーを促すという精神保健福祉士が本来大切にしてきた視点が活かせていないのではないかという不安がある上で、精神保健福祉士（ソーシャルワーカー）ではない支援者に対し、それらをどう伝え、実践に活かしてもらうのかという課題もうかがえた。総じて、就労系支援事業所において、支援方法の理論化が必要であるという一大課題が指摘された。

（3）相談支援事業所へのアンケート調査の結果

調査対象

政令市である札幌市の委託相談支援事業所18か所と基幹型相談支援事業所1か所を調査対象とした。なお調査対象となるすべての事業所は、「札幌市障がい者相談支援事業実施要項」第2条により、指定一般相談支援事業、指定特定相談支援事業、指定障害児相談支援事業すべてについて札幌市長から指定を受けた相談支援事業者である。

調査内容

調査内容は、以下に示すとおりである。

- | |
|---------------------------------|
| a) 職員構成と保有資格 |
| b) 精神疾患・精神障害に関連する相談内容の増加と相談上の課題 |
| c) 精神保健福祉士資格保有職員の必要性 |
| d) 他機関との連携状況と課題 |
| e) 計画相談支援の課題 |
| f) 地域移行支援の課題 |
| g) 地域定着支援の課題 |
| h) 職員研修の実施内容 |

調査方法

上記調査内容とともに、調査目的、調査期日、倫理的配慮内容等も記した文書を、行政担当部局である札幌市障がい福祉課に事前に確認していただいた上で、各委託相談支援事業所に調査がある旨のご連絡をしていただき、その後、調査用紙を郵送し、返送により回収した。

委託相談支援事業所18か所のうち回答があったのは10か所、回答率は55.6%であった。なお基幹型相談支援事業所からも回答を得られた。

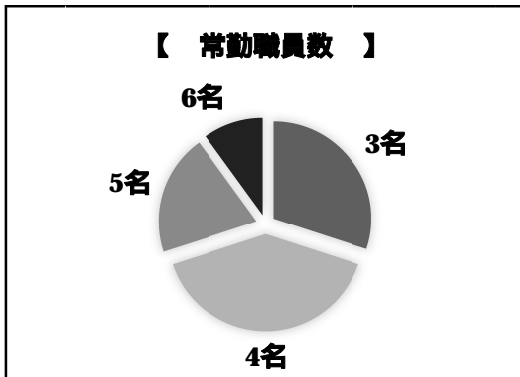
調査結果

以下に、調査内容毎にその結果を記すこ

とにしたい。なお、基幹型相談支援事業所については、ここでの結果に含めず、考察においてふれることにしたい。

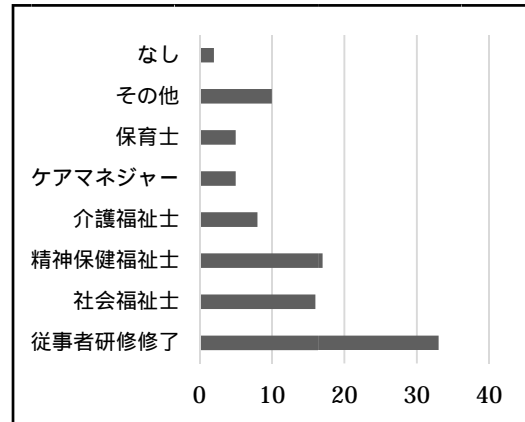
a) 職員構成と保有資格について

「札幌市障がい者相談支援事業実施要項」第6条によれば、常勤専任職員3名を配置することになっており、その内1名を相談支援専門員とすることとしている。回答のあった8事業所は全て常勤雇用で、事業所管理者、相談支援専門員、相談員が配置され



ていたが、最小で基準の3名(3事業所)、最大で6名(1事業所)であった。

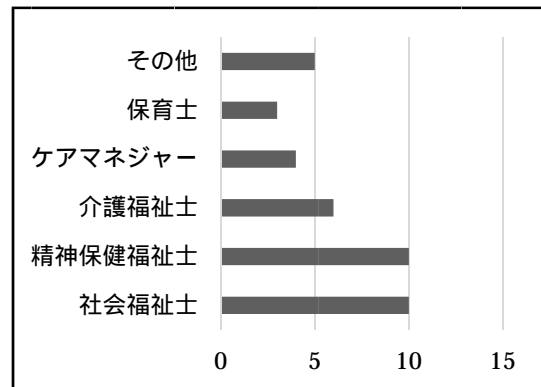
次に職員の保有資格であるが、回答のあった10事業所には、計41名の常勤職員が配置されていたが、保有資格のない職員が2名いたが、それ以外の職員は複数の資格を有しており(相談支援従事者研修終了を含む)、ホームヘルパーや臨床心理士などの「その他」を含み、7つが上げられた。最も



多かったのは「相談支援従事者研修終了」の33名、次いで精神保健福祉士17名、社会福祉士16名、であり、保健師、看護師、作業療法士保有者はいなかった。

「相談支援専門員」に限って、保有資格を

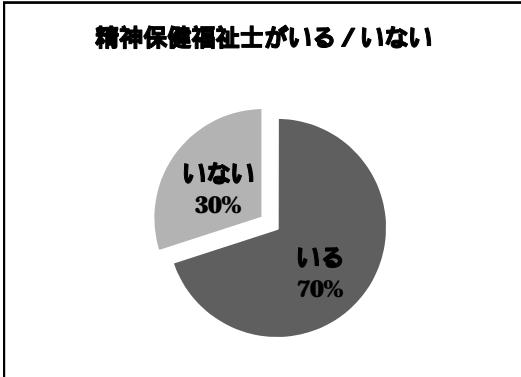
見てみるならば、10事業所の専任職員の内、「相談支援専門員」は、計18名であったが、最も多かったのは、社会福祉士と精神保健福祉士が10名、次いで介護福祉士6名、



以下、ケアマネジャー4名、保育士3名で、その他は、臨床心理士やホームヘルパー2級

取得者であった。

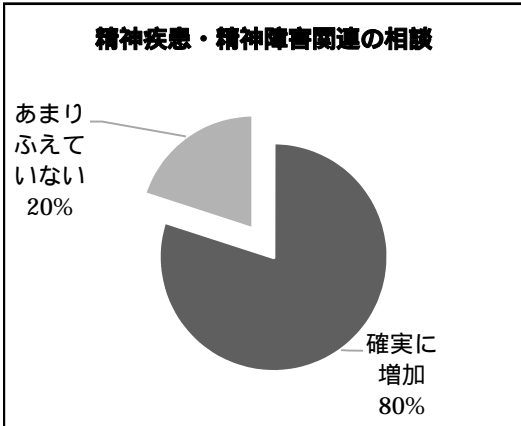
ところで、精神保健福祉士国家資格を有した専任職員についてであるが、回答のあった10事業所の中で、精神保健福祉士保有



者が1名もいなかった事業所は3か所であった。

b) 精神疾患・精神障害に関連する相談内容の増加と相談上の課題

次に、精神疾患・精神障害に関連する相談が増えているかどうかについて尋ねたところ、「確実に増えている」と回答した事業所が8か所、「あまり増えていない」と答えた事業所が2か所であり、「減っている」や



「ほとんどない」と回答した事業所はなかった。

その上で、精神疾患・精神障害に関連する相談の上での課題についての自由記述による主な回答は、以下に示す通りであった。

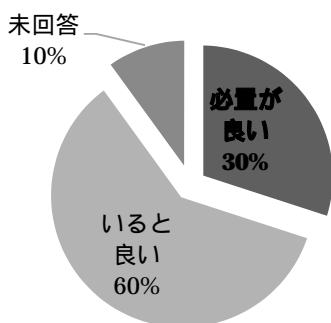
・ご本人の病状把握が難しい。

- ・病識がない対象者が増えている。
- ・触法や虐待につながっている対象者が増えている。
- ・相談先を転々としており、突然の来訪、突然の相談キャンセルが増えている。
- ・漠然とした悩みや話し相手として利用するリピーターへの対応。
- ・訪問による相談は複数で対応したいが、相談員が足りずできない。
- ・住居探しがうまくいかない。
- ・体調の変化等により、「言った / 言わない」等のやりとりに終始したり、クレームに発展してしまう。
- ・薬物関連の相談に対し、知識が少なく、専門研修が必要である。
- ・「診療情報提供書」の提出を他の事業所見学時に求められることが多く、見学のハードルが高くなっている。
- ・高齢精神障害者は、介護保険サービスが優先されるが、ご本人の障害特性を考慮すると、現行システムは適格的ではない。
- ・老親が要支援者で、精神障害をもつ中高年者を支援について、民生委員や親の介護サービス事業所からの相談が増えている。

c) 精神保健福祉士資格保有職員の必要性

上記 b) のような実状の中、相談支援事業所における精神保健福祉士保有者の必要性について尋ねたところ、必置されると良いとの回答が3件、いると良いと思うが6件、未回答が1件であった。

【 精神保健福祉士の必要性 】



また、その理由として挙げられた内容は、

- ・医療機関からの安心を得ることができる。
- ・精神科病院や医療機関のPSWと連携するにあたってスムーズに進む。
- ・三障害の相談を受けることが前提であるし、退院後の地域生活の支援を必要とする方の相談が増加している。
- ・身体障害、知的障害の方に、精神疾患が潜んでいる場合が少なくない。
- ・精神の分野について知識がある者が配置されていることが望ましい。
- ・危機管理の考え方が異なるので、精神保健福祉士の視点がほしい。
- ・事業所の支援観の幅、情報量の増加、質の担保につながる。
- ・相談内容が多岐にわたるため、いろいろな資格を保有している者がいと良い。
- ・将来的には、社会福祉士と精神保健福祉士の両資格保有者が必置できればソーシャルワークの幅が広がると考えられる。

といったものであった。

d) 他機関との連携状況と課題

委託相談支援事業所として他機関との連携について、日常的にその必要性を尋ねた。選択肢として挙げた機関は以下の9つであ

り、印を付してもらった。また、その他については自由回答を具体的に求めた。

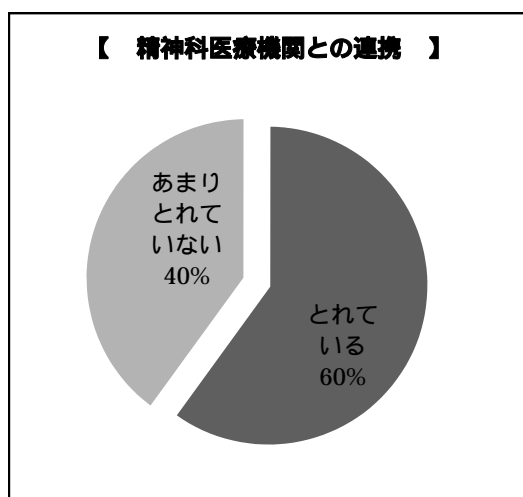
- ・精神科医療機関
- ・基幹型相談支援事業所
- ・就労移行支援事業所
- ・就労継続A型事業所
- ・就労継続B型事業所
- ・地域包括支援センター
- ・他の委託相談支援事業所
- ・他の指定特定相談支援事業所
- ・他の指定一般相談支援事業所

回答した10事業所の内、5事業所が9つの機関すべてを選択し、就労移行・就労継続A及びBの就労系事業所を選択しなかった事業所が3か所、地域包括支援センターとともに他の指定特定及び指定一般の事業所を選択しなかった事業所が2か所あった。また6事業所がその他として具体的連携必要機関を挙げてきた。以下が、その機関である。

- ・行政機関：福祉、生活保護、保健、年金、子ども家庭等の担当部署、児童相談所
- ・共同生活援助事業所、その他の福祉関連事業所
- ・社会福祉協議会
- ・司法関係機関：刑務所、少年院、鑑別所、保護観察所、地域定着支援センター
- ・教育機関
- ・民生委員、児童委員
- ・民間：不動産会社

次に、「精神科医療機関」「基幹型相談支援事業所」「就労移行支援事業所」「就労継続支援A型事業所」「就労継続支援B型事業所」の5つの機関を取り上げ、連携状況について尋ねた。概ね「連携がとれている」

との回答であったが、「精神科医療機関」と「就労継続支援 A 型事業所」との連携について、「あまりとれていない」との回答が各々4件あり、他との間で違いがみられた。特に「精神科医療機関」との連携においては、とれている医療機関ととれていない医療機関との差が著しいことが報告された。



以上、基本相談をおこなう委託相談支援事業所においては、相談が多岐にわたる故に、多くの関係機関との連携が不可欠であることがうかがえたが、連携上の課題としては、以下の諸点について回答が得られた。

- ・それぞれの機関の役割分担が明確化されていないことが課題である。
- ・相談支援事業所の役割が、障害者のトータルな相談場所としてではなく、福祉サービス事業所のひとつとしてのとらえ方が多く、連携がうまくいかない要因となっている。
- ・知識、経験の少ない事業者が多く、ソーシャルワークの考え方を持っていないため、場当たりの支援となっているところが多い。そのため連携も短期的視点に終始してしまいう。
- ・事例の共有とタイムリーな支援会議や勉強会の機会が必要である。

- ・連携については、互いに事例を積み重ね、共有していくことが重要であり、事例検討の必要性を感じる。

なお、基幹型相談支援事業所が開設されて間もないこともあり、現状においては「連携がとれている」が、実際にはこれからであるという回答が多くみられた。

e) 計画相談支援の課題

「計画相談支援」をめぐる課題については、自由回答を求めたが、その内容は以下のとおりである。

- ・人員面で進めることができない。計画の依頼に全く対応できない。
- ・作成可能な事業所が少ないと感じる。すべての依頼には対応不可のため困惑している。
- ・様々な障害をもつ障害者の計画作成を求められるようになり、スキル不足が当面の課題だと感じる。
- ・諸手続に時間がとられてしまう。関係作りやアセスメントを重視したいがそれができず、「計画の質」が担保できない。
- ・精神障害者等、ご本人の意思が変化しやすい場合に、計画を立てるのが難しい。
- ・計画相談と各事業所の個別支援計画の関連がうまくいっていない。
- ・地域の社会資源についての把握ができないと計画が立てられない。
- ・ご本人のニーズを把握し計画を作成するには、一定の時間が必要で、計画作成依頼が増加すると対応できない。
- ・セルフプランの位置付けが難しい。
- ・開所間もない指定特定相談支援事業所からの相談が多く、対応するのが困難。

f) 地域移行支援の課題

「地域移行支援」をめぐる課題については、自由回答を求めたが、その内容は以下

のとおりである。

- ・医療機関から計画依頼があっても、退院までの日数が短く、十分な対応ができない。
- ・医療機関や入所施設との間で、地位移行を準備する時間の共有が必要である。
- ・潜在的ニーズはあるものと思うが、医療機関からの計画依頼がない。医療機関からの相談が少ない。
- ・精神科医療機関とのパイプがしっかりとできていない。
- ・医療機関側に連携を進めやすい体制が求められると思う。
- ・利用者と直接かかわる機会が少ないため、支援チームの「お客様」のような立場での役割になってしまいがちである。
- ・対象者の拡大に伴い、「地域移行」と「計画相談」を結びつける研修会が必要である。

g) 地域定着支援の課題

「地域定着支援」をめぐる課題については、自由回答を求めたが、その内容は以下のとおりである。

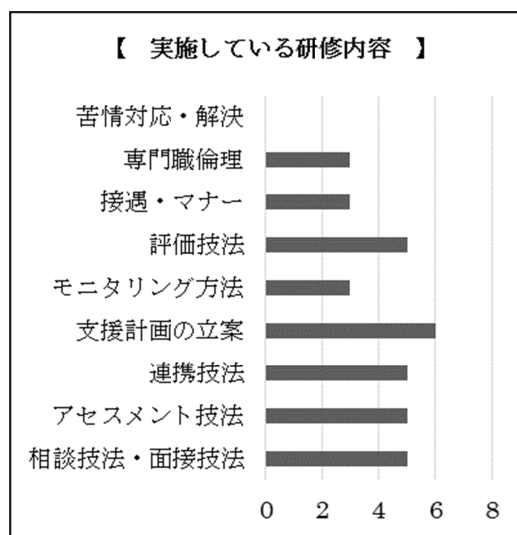
- ・地域での体制づくり等、広くソーシャルワークに費やす時間がなかなかできない。
- ・住居の目途が立つと、集中的な支援を展開することになるが、そもそも住居確保が課題である。
- ・地域移行支援やそれまでの経過がなく、突然の地域定着支援の開始は非常に不安である。
- ・事業の終了がイコール支援の終了とはならないため、どのように対応していけば良いのかわからない。
- ・夜間時の対応方法が難しく、結果、些細なことでも受付けることになってしまう。
- ・サービス単価が低すぎる。
- ・1年間というサービス期間が短すぎる。更新できる制度改正が必要である。

h) 職員研修の実施内容

委託相談支援事業所への調査内容として最後に、職員研修の実施内容と、実施してはいるが実施が必要だと考えている内容について、選択肢を示し、該当するものに印を付してもらった(複数回答可)。また選択肢以外のものについては自由記述としたが、記述はみられなかった。なお回答は事業所として独自に研修機会を提供しているもののみならず、他が実施したものへの職員の参加も含まれての回答である。

はじめに実施している研修内容であるが、次のような結果となった。

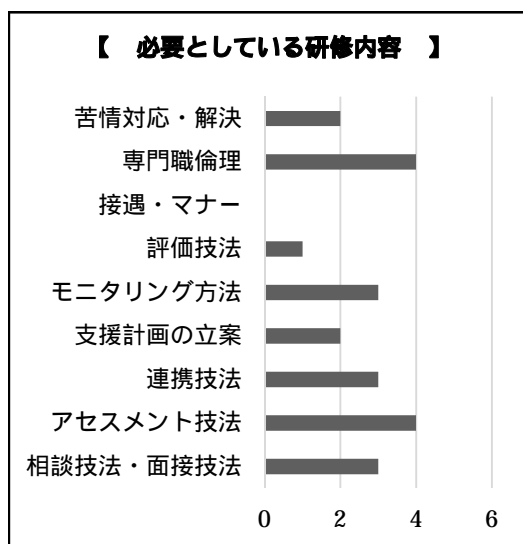
「支援計画の立案」が6件と最も多く、次いで、「相談技法・面接技法」「アセスメント技法」「(他機関や地域との)連携技法」「支援計画の立案」「評価技法」がそれぞれ5件であった。また「モニタリング技法」「接遇・マナー」「専門職倫理」等、種々な研修機会を提供していた。なお、何らの研修機会を提供していない事業所は皆無であったが、多くの内容について研修を実施している事業所と1~2の研修を実施している事業所とに



大きく二分されていた。また、「苦情対応・解決」の研修を実施している事業所はなかった。

次に、今後実施したい、実施が必要であ

ると考えられている研修内容についての結果は以下のとおりである。



結果として、「アセスメント技法」と「専門職倫理」に関する研修を必要としている事業所が最も多く 4 件であった。その他、「相談技法・面接技法」「連携技法」「モニタリング技法」がそれぞれ 3 件あり、実施している研修内容としては挙げられなかった「苦情対応・解決」についても 2 事業所が必要であるとした。なお、実施している研修が少ない事業所が、必要としている研修を多く選択しているわけではなく、すべての事業所が 1~2 の内容を選択した。

D. 考察 以下において、まずは前述した実施調査結果ごとに考察を加えた上で、今年度の研究における総合的考察と次年度研究における焦点と課題を明示することにした。

(1) 相談支援事業所へのヒアリング調査結果に対する考察

今回のヒアリング対象者は 3 名であり、それぞれが経験 20 年を越えるベテランソーシャルワーカー、精神保健福祉士であった。それぞれに PSW、精神保健福祉士とし

て多様な経験を積んでおり、現在の所属先では、その立ち上げから中心にかかわり持ち、障害者の地域生活支援分野において、先駆的かつ継続的な実践を展開してきているとの一定の評価がある。各々の実践には、地域の実状の違いを背景に特徴的な差異はみられるものの、共通かつ普遍的な成果や評価が確認できるものと考えられる。

精神保健福祉士の有憲性

本研究の一大焦点は、精神保健福祉士の活動評価にあり、本研究班としては障害福祉サービス領域（相談支援事業を中心とした）における精神保健福祉士の活動評価をすることにあるが、精神保健福祉士として障害者の地域生活支援にかかわる有憲性として、精神保健福祉士がもっていると考えられる価値や実践倫理、また実践を展開する上での基本原理を取り上げることができよう。それらは、「個性性の重視」、「ストレングスへの着目」、単にサービスを提供することにとどまらない利用者本人が「エンパワーメントされるというゴール設定」、「パートナーシップ」、「精神疾患・精神障害に精通している」といった内容であった。その一方で、上記の諸内容を単に「理念」ととどまらず、実践展開の中に具体化させていくのが課題として指摘できる。いわゆる若手や精神保健福祉士を取得し、卒業後、地域の現場に入職してくる者、また、地域における現場は多様であり、そこで働く者も多様であり、たとえば「相談支援専門員」という括りにおいても専門性にバラつきが生じていることは想像に難しくなく、各ヒアリングでも明らかになったように、専門技術のスキルアップや専門性確認のための研修機会の提供が不可欠となっていると考えられる。

機関連携・地域のコーディネートをめぐる課題

次に「連携」の問題が指摘できるである

う。行政機関、医療機関、障害福祉サービス提供機関等との連携は、地域で障害者の生活を支えていく上において、不可欠であることは言うまでもない。ヒアリング対象者は、現事業所の立ち上げからかかわっており、「連携」なくしては事業展開が立ち行かない実状にあり、かつ、精神保健福祉士の活動として、当然のこととして各機関との連携や地域のコーディネーションに努めてきた。しかしながら、種々指摘されていたように、地域の障害福祉サービス領域はこの間、制度の改変、その移行期という背景がある中で、提供されるサービスメニューの多様化、拡大の実状にあり、サービス利用をめぐる「連絡」が「連携」を意味しているかのごとく理解が進み、支援者として、地域資源の開発や掘り起こしを含み、「連携力」や「コーディネート力」が弱まっている、積極的な取組みがなされていないと考えられる。前述の研修機会の提供とも重複するが、事例検討やOJTによる手法も取り入れた機関連携や地域コーディネートに関する研修を展開し、活性化させる必要があると思われる。地域生活支援の展開にとって、豊かな「場」づくりは欠かすことができず、精神保健福祉士（ソーシャルワーカー）としても、当然のように取り組まなければならない日常的かつ継続的な実践である。

ピアスタッフの育成と活用という課題

またヒアリング結果に表れていたように、昨今の施策動向、実践動向を考慮した際に、ピアスタッフの育成やその活用という課題も重要なものとなると思われる。ピアスタッフに関する実践的研究も多くみられるようになってきたが（相川：2013、大島：2013等）精神保健福祉士（PSW）はそもそも、障害当事者の立場に立ち、主体性を尊重し、当事者中心の実践を志向してきた理念と歴史を有している。その意味から言っても、

地域で障害者を支えていく際に、ピアスタッフの育成と活用は、当然の潮流ともいえる。

ヒアリング対象先では、積極的にピアサポーターの育成、活用を進めてきたが、地域生活支援を展開していく上での重要なファクターのひとつとして、改めて検討、研究、実践をしていかなければならないと考えられる。

その他の課題

障害者の地域生活支援を展開する上で、その他の課題としていくつか指摘することができる。

はじめに、自立支援協議会についてであるが、各地域においてその実状に照らし合わせ実施されているところであるが、形骸化の実態や「批判型」への指摘がなされた。自立支援協議会は地域における支援を展開する際の「要」として位置づけられ、連携のあり方を体現する場面でもあろう。早急に取り組むべき課題として検討の必要がある。

また、高齢障害者の支援、障害児の支援、単身生活者へのモニタリング体制、「住まい・住居」の安定的確保等々の現実的課題が浮き彫りにされた。人員の不足、業務量の増加、スーパービジョン体制の欠如等々、日々の実践における課題が山積していることも確かではあるが、障害者の「地域包括ケア体制」の確立に向けて、取り組んでいかなければならない諸課題であることが明らかとなった。

なお前年度報告書において、地域における相談支援にかかる諸課題を以下にあるように整理した。

個別支援の計画にあたって、利用者とのかわりを通じ、十分に個別ニーズを汲み取った上での立案が不可欠であるが、事業所間で差異が生じていることが推察されること 展開方法として、ケアマネジメント手法の活
--

用が重要であると考えられるが、その実際については不明確であること

地域移行にかかる相談の場合には、ピアサポーターの活用が肝要であり、そのために、

当事者の参画を促進する啓発的活動が不可欠であるが、それらの活動への実状把握が充分ではないこと

医療機関に所属する精神保健福祉士の地域移行に対する関心の多寡により、相談支援が左右されること

身体障害や知的障害領域からスタートした相談支援事業所の精神障害者に対する理解不足、苦手意識が散見されること

拡大する業務に比して人員が追いついていないという量的課題

学問的基盤の相違や専門的支援の未熟さといった職員の質的課題

今年度実施のヒアリングにおいても、さらにその具体がはっきりしたことも含まれるが、上記の整理も踏まえ、次年度においては、本研究のもうひとつの焦点である、新たな介入方法と普及方法（研修内容と方法）に、具体的に取り組んでいく必要がある。

（２）就労支援事業所へのヒアリング調査結果に対する考察

今年度、就労支援事業所へのヒアリングは1か所にとどまったが、前年度報告書における課題の整理は以下のようなものであった。

特に、障害者の就労ニーズに懸命に応えようとする支援の困難さが浮き彫りになった。それらは、

利用人員の確保等、現実的な成果の達成に力点が置かれる現実が存在し、個別的な支援が後手に回ってしまうこと

専門性を向上する研修参加等、研鑽時間の確保が難しいこと

医療的ケア確保のための医療機関との連携・コーディネートに困難さが生じていること

株式会社等の参入がみられるが、利用者への対応に違いが生じているとともに、情報交換も含めた事業所間の横断的なつながりが難しい

今年度のヒアリング結果からも、同様の困難さが明らかになっているとともに、就労継続 A 型事業所が極端に増加する中で、そこでの支援のあり方や、「就労継続 B 型の利用 就労移行支援 一般就労または就労継続 A 型の利用」といった新たな展開の試みも示された。

制度改革が進み、相談支援事業所同様、事業所及び職員の多様化、また利用者の多様化も指摘される中、支援方法の理論化が必要であることとともに、従事者のインターク力やアセスメント力、他機関との連携方法といった実践力を点検し更新していく場、研修機会の提供が喫緊の課題であると考えられる。

（３）相談支援事業所へのアンケート調査結果に対する考察

今年度、札幌市に所在する委託相談支援事業所 18 か所にアンケート調査を実施した。回答のあったのは 10 事業所、全体の半分強ではあったが、相談支援事業所に持ちこまれる「精神疾患・精神障害に関連する

相談」が確実に増えていることが、想像できなかったことではないが明らかとなり、また対応に苦慮している実状が浮き彫りになった。周知のように各々の相談支援事業所には、現在の事業に移行する前の「成り立ち」があり、必ずしも精神障害にかかる相談に明るいところばかりではなく、かつ精神保健福祉士資格保有者が従事していない事業所が3割あった。もちろん、精神保健福祉士資格保有者がスタッフにいれば良いということではないが、必置を希望した事業所が3件、いると良いが6件という回答があり、相談支援における日常的な重要課題となっていると考えられる。

「他機関との連携」に関しては、実に多様な機関との連携を必要としていることがわかり、それは相談内容の複雑さを表していると考えられる。その中で、「就労継続支援 A 型事業所」とともに、「精神科医療機関」との連携が「あまりとれていない」という回答が4割に達した。「連携がとれている」と回答した中にも、「医療機関により差が激しい」との記述もみられ、退院促進、地域移行、地域定着にかかる支援とその連続性、継続性は重要な課題となっていることを考えれば、相談支援事業所を中心とした地域機関と精神科医療機関との連携については、直ちに取り組まなければならない問題であると考えられる。

最後に、スキルアップ等につながる「研修」の問題であるが、「実施している研修内容」としては、実に多岐にわたることが明らかとなった。それだけ多岐にわたる課題を抱え、研修を必要としていることがうかがえる。残念ながら今回調査では、研修の内容や方法、頻度、また事業所内で企画した研修であるのか、他が実施する研修への参加であるのか等の詳細についてはわかり得ない。加えて、「必要としている研修内容」についても、「相談技法」や「アセスメント

技法」、「連携技法」や「支援計画」、「モニタリング方法」等、多様な研修を望んでいることがうかがえた。また実施されていないが、「専門職倫理」や「苦情対応・苦情解決」に関する研修を望む声も多かった。専門的支援活動を展開する上で、専門的性能の更新、スキルアップを図る上で「研修」が欠かせないことは言うまでもないが、その機会の確保が容易ではないことも想像に難くない。今後は、どのような研修が必要とされ効果的であるのか、その内容や方法、頻度等について、検討を加えていく必要がある。

ところで今回、「基幹型」相談支援事業所からも回答を得たが、開設されて間もないことを理由に、結果の項ではその内容を示さなかった。現在、常勤3名、その内、精神保健福祉士国家資格保有者は2名、非常勤2名、その内、精神保健福祉士国家資格保有者は1名、計5名の体制で展開されている。回答によれば、連携も含めすべてがこれからということであるが、各事業所への指導や自立支援協議会の運営等、「要」としての役割が期待されており、今後の動向を注視する必要がある。

E. 結論

(1) 今年度研究の総合的考察

今年度は、先駆的な実践を展開していると考えられる広島県及び北海道釧路市に所在する相談支援事業を展開する機関に所属する精神保健福祉士3名及び、北海道旭川市で就労支援事業所に従事する精神保健福祉士1名に対し、ヒアリング調査を実施した。加えて、北海道札幌市に所在する相談支援事業所に対し、実態と課題を把握するためのアンケート調査を実施し、その結果と考察についてふれてきた。

ここでは全体を通じた総合的考察をおこない、次年度研究の焦点と課題に繋げるこ

とにしたい。

ところで昨年度報告書の結論では以下にあるような整理をおこなった。

障害福祉サービス領域は、障害者の地域生活を支援することになるため、対象、支援内容が多岐にわたることになる。そのため、生活全体をとらえ支援を展開する専門的視野・視点、方法や技術が支援者には求められる。加えて、包括的なマネジメントや事業所間連携も不可欠な要素である。そのような中、今回の実状把握において、次年度調査研究において、明らかにすべき諸課題が共有されたが、それらは、多様な形態の事業所が多数存在するため、支援の実際そのものが明らかになっていないこと、様々な成り立ちから現在の事業所形態に移行してきているため、支援内容や方法展開にバラつきが予想されること、精神保健福祉士といった専門職の配置状況の実体が把握されておらず、専門的な支援が担保されていない可能性が推察されること、医療的ケアへのニーズがあるものの、医療機関との連携が充分ではないこと、また、各自治体の「障害福祉計画」、障害福祉サービスの数値目標や行政側の具体的取組みを考慮に入れる必要があること、さらには、地域自立支援協議会の活性化度や会における課題の共有の実態等を考慮に入れる必要があること等にまとめることができる。

いまだ明らかになっていないこともあるが、ヒアリング調査やアンケート調査から、現実の姿として浮かび上がったことも多い。

今回のヒアリング対象は、精神保健福祉士として多年にわたり実践を展開し、現在もなお継続しているベテランの専門家であったと言える。その意味からして、自らの実践においては、精神保健福祉士としての専門性を発揮すべく、日々の実践にあたってきており、得られた結果としての「活動に対する評価」は一定程度のものが確認で

きたと考えられる。であるからこそ、今後に向けた具体的な課題の提示も可能になっていると思われる。

その上で、障害福祉サービス領域における課題を改めて簡潔にまとめてみるならば、施策・制度が変革されていく中、多種多様な相談、実践を展開しなければならず、一方で、人員の不足や業務多忙等が指摘される中、自らの専門的性能の確認やスキルアップの機会が不足する中で、実践力不足のまま日々の業務にあたらなければならないことに集約されるように思われる。

そこで問われ、求められているのは、障害福祉サービス領域における「利用者をアセスメントする力」と「関係機関や地域と連携する力」の強化と更新ではないかと考えられる。その内容と方法がいち早く検討されなければならない。また、精神保健福祉士の有意性についても繰り返しふれてきたが、「価値」や「理念」のレベルにとどまらず、具体的な支援内容とのつながりを把握・理解することの不足も指摘できるように思われる。精神保健福祉士としては至極当然と理解していたとしても、実際の支援において、たとえばアセスメントにおいて、たとえば支援計画立案において、そのことが具体化されていなければならぬ。それらを適切に伝達する方法についても検討を要するであろう。さらに以上のことは、精神保健福祉士資格保有者においても、また、資格を保有していない従事者に対しても、地域で生活する障害者を支援するという上で進めていかなければならないと考えられる。

(2) 次年度研究の焦点と課題

そこで、次年度の本研究分担任による研究の焦点と課題についてふれることにしたい。本研究の焦点は、新たな精神保健福祉士による介入方法とその普及方法を提示し、

今後の精神障害者の地域生活支援に資するエビデンスを獲得することにある。その意味で2カ年の研究成果を踏まえた上で、新たな精神保健福祉士による介入方法の内容を検討した上で、その方法の普及、つまりは研修を企画し実施した上で、受講者からのフィードバックを得ながら検討を加え、一定の成果を得ることに集約されると考えられる。

総括的考察において、「利用者をアセスメントする力」と「関係機関や地域と連携する力」の強化と更新に焦点化されるであろうことを述べたが、「精神障害者ケアマネジメント」の手法や、その他の先行研究を参照しつつ（たとえば、奥野・野中：2009、中村：2009、一般社団法人支援の三角点設置研究会：2014 など）事例検討法やOJT等の手法も加えながら、専門的スキルの強化と更新に資する研修内容・方法を構築し、展開する必要があると考える。

現在、障害福祉サービス領域は制度改革移行期にあり課題も山積している。しかしながら、精神保健医療福祉にかかる全般的な制度改革移行期であることも事実であろう。その意味では、他の「医療」「介護」「行政」各研究分担班による成果と研究取組みも参照しつつ、次年度の研究推進にあたる必要があると考えられる。そのことは、精神障害者への「地域包括ケア」体制の構築につながるものである。

平成26年度から「改正精神保健福祉法」が施行され、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」も明示された。それら直近の施策動向を十分にふまえながら、精神保健福祉士による新たな介入方法と普及方法についてエビデンスが明示できるよう研究を推進したい。

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

相川章子(2013)『精神障がいピアサポーター 活動の実際と効果的な養成・育成プログラム』中央法規出版。

一般社団法人支援の三角点設置研究会(2014)『障害者地域相談のための実践ガイドライン』(第2版)。

一般社団法人支援の三角点設置研究会(2014)『医療と福祉の連携が見える Book ニューロングステイを生まないために』。

中村和彦(2009)『エコシステム構想によるソーシャルワーク実践教育の展開 精神保健ソーシャルワーカー養成と包括・統合ソーシャルワーク』北大路書房。

奥野英子・野中猛編著(2009)『地域生活を支援する社会生活力プログラム・マニュアル 精神障害のある人のために』中央法規出版。

大島巖(2013)『「ピアサポーター」というチャレンジ その有効性と課題』『精神科臨床サービス』13、6-10頁。

介護サービス施設・事業所等介護支援における 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 金子努 県立広島大学保健福祉学部教授

研究協力者氏名	所属施設名
越智 あゆみ	県立広島大学保健福祉学部
田中 聡子	県立広島大学保健福祉学部
松宮 透高	県立広島大学保健福祉学部
木太 直人	社団法人日本精神保健福祉士協会
増本 由美子	広島市基町地域包括支援センター

研究要旨：

この研究では、介護分野において要とも言える介護支援専門員と精神科医療との連携の現状と問題点、そして円滑に介護と精神科医療との連携を図ることで、地域包括ケアシステムの構築で得られる効果を明らかにすることを目的としている。介護と精神科医療との連携については、精神保健福祉士に焦点を当て、その活動評価と介入方法を開発することを目標としている。

平成 25 年度は、平成 24 年度の成果（先行研究のレビューと先駆的取組地域の聴き取り調査）にもとづいて、石川県と広島県の地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所を対象に、量的調査を実施した。第一次調査では、地域包括支援センター 56 件（回収率 34.1%）、居宅介護支援事業所 405 件（回収率 36.4%）の協力が得られた。第一次調査の結果から、要介護者等もしくはその同居親族などに精神疾患がみられる事例は少なくないことがわかった。しかし、介護領域と精神保健医療福祉領域との連携は不十分であり、支援に際して地域包括支援センターや居宅介護支援事業所をはじめとする関係機関職員が苦慮している状況が明らかになった。具体的には、居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、精神障害者（認知症の人を含む）がかかわる事例への対応に苦慮している実態がある、認知症の人を除いた精神障害者がかかわった対応の難しい事例の場合、精神科医療機関、精神保健福祉士、行政の保健師等との連携がほとんど図られていない、精神保健福祉士に対する認知度は低い、介護支援専門員の多くが、精神科医療機関等との連携に課題を感じている、などの問題が明らかになった。

さらに、第一次調査において第二次調査への協力の意向が表明された機関・事業所を対象に、第二次調査を実施した。第二次調査では、地域包括支援センター 22 件（回収率 81.5%）、居宅介護支援事業所 117 件（回収率 49.8%）の協力が得られた。第二次調査では、連携に関する研修の実施を望む声が多く、精神保健福祉士との連携を図るための研修を企画した場合「参加したい」と回答した割合は、地域包括支援センター 95%、居宅介護支援事業所 94%に達した。

平成 26 年度の研究事業では、平成 25 年度の調査結果を踏まえ、介護支援専門員等と精神保健福祉士等との連携を円滑に図るための研修プログラムの開発とその実施に取り組む予定である。

A. 研究目的

この研究では、介護分野において要とも言える介護支援専門員と精神科医療との連携の現状と問題点、そして円滑に介護と精神科医療との連携を図ることで、地域包括ケアシステムの構築で得られる効果を明らかにすることを目的としている。介護と精神科医療との連携については、精神保健福祉士に焦点を当て、その活動評価と介入方法を開発することを目標としている。

先行研究によれば、要介護者等もしくはその同居親族などに精神疾患がみられる事例は少ない(野中 2009, 岡田 2010)。しかし、介護領域と精神保健医療福祉領域との連携は不十分で、支援に際して地域包括支援センターや居宅介護支援事業所をはじめとする関係機関職員が苦慮している状況が報告されている(金子・越智 2013)。地域包括支援センターや居宅介護支援事業所における精神保健福祉士等との連携の実態と、その連携に係る業務評価の課題を明らかにする調査に取り組むことは、実践現場で顕在化している課題に対応する制度・政策の具現化を図るためにも重要となる。

この研究の実施期間は、平成 24 年度から平成 26 年度までの 3 年間である。平成 24 年度には、平成 25 年度に実施する量的調査の調査票を設計するため、先行研究レビューにもとづき調査票原案を作成した。調査票原案の作成にあたり参考とした主な先行研究は、社団法人全国訪問看護事業協会が実施し、精神科訪問看護の診療報酬改定の基礎資料となった調査(全国訪問看護事業協会 2010)、地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書(三菱総合研究所 2012a)、居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査報告書(三菱総合研究所 2012b)であった。この原案をもとに先駆的な取り組みを行っている地域の介護支援専門員等に調査票に対する意見等の聞き取り調査を行い、調査票を完成させた(この調査票完成までの過程の詳細については、

平成 24 年度研究分担報告書を参照のこと)。

平成 25 年度は、平成 24 年度中に完成させた調査票を用いて、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象に第一次調査を実施した。第一次調査の目的は、円滑な連携を可能とするための条件整備の一つとして、診療報酬・介護報酬における加算の創設、地域包括支援センター等への精神保健福祉士の配置促進の根拠を明らかにすることであった。第二次調査では、第一次調査の結果を踏まえ、連携を円滑に図るために必要な要素を導き出し、その結果を今後必要となる施策を要望する際の根拠資料とするとともに、精神科医療機関等と介護支援専門員が円滑に連携するための研修プログラムの開発に役立てることを目的とした。第二次調査の調査票は、アルコール関連問題にかかわるソーシャルワーカーが日々業務で感じている一般医療機関との連携の問題点を明らかにし、一般医療機関との連携を図るために取り組むべきことの明確化を目的とした橋本ら(2013)の論文と、連携の構成要素や展開過程などの整理に取り組んだ吉池・栄(2009)の論文を参考にして作成した。

B. 研究方法

1. 第一次調査の方法

第一次調査では、広島県及び石川県の全地域包括支援センター(164 か所)と、全居宅介護支援事業所(1,113 か所)を対象に質問紙調査を実施した。調査票は、ケアマネジメントの実施状況や連携の状況、抱えている課題、希望する報酬・制度などに関する質問項目で構成した(表 1, 依頼文書と調査票は巻末の参考資料に添付)。

調査は平成 25 年 6~7 月に実施し、地域包括支援センター分は 56 件(回収率 34.1%), 居宅介護支援事業所分は 405 件(同 36.4%)を回収した。

表1 第一次調査の主な質問項目

1. 併設施設等の状況
2. 職員の状況（総数，精神保健福祉士資格を有する職員の有無・勤務形態・勤続年数など）
3. ケアマネジメントの実施状況（総合相談件数（地域包括支援センター対象）・居宅介護支援費の状況（居宅介護支援事業所対象），カンファレンスの参加者・対象事例数，精神障害者がかかわるケースで依頼を断った経験など）
4. 連携の状況（精神疾患の困難事例に関する連携，精神保健福祉士との連携，関係機関との連携の課題など）
5. 抱えている課題
6. 希望する報酬・制度

2. 第二次調査の方法

第二次調査は，第一次調査時に詳細調査への協力の意思表示のあった地域包括支援センター（27か所）と居宅介護支援事業所（235か所）を対象に質問紙調査を実施した。調査票は，精神疾患の困難事例，精神保健福祉にかかわる機関・職種との連携，精神保健福祉士との連携を図る研修への参加希望などに関する質問項目で構成した（表2，依頼文書と調査票は巻末の参考資料に添付）。

調査は平成25年12月～平成26年1月に実施し，地域包括支援センター分は22件（回収率81.5%）居宅介護支援事業所分は117件（同49.8%）を回収した。

表2 第二次調査の主な質問項目

1. 精神疾患の困難事例（事例数，困難事例だと感じる理由）
2. 精神保健福祉にかかわる機関・職種（精神科医療機関，精神障害者の福祉サービス事業者，精神保健福祉士）との連携の課題
3. 精神保健福祉にかかわる機関・職種との連携を促進する方策
4. 精神保健福祉士との連携に対する希望
5. 精神保健福祉士や精神保健福祉にかかわる

機関との連携を図るツールの利用希望

6. 精神保健福祉士との連携を図る研修への参加希望
7. 地域包括支援センターへの精神保健福祉士の配置希望

3. 倫理的配慮

倫理的配慮として，第一次調査，第二次調査ともに，公立大学法人県立広島大学保健福祉学部の研究倫理審査会の承認を得て実施した。データの集計にあたっては，個人・機関が特定されないよう個人情報の匿名化を図るなどの措置をとった。

C. 研究結果

1. 第一次調査の結果

（1）地域包括支援センターを対象とした第一次調査の結果

併設施設等の状況

本研究で実施した調査では，「併設施設等」を，「同一法人または系列法人で，なおかつ，同一建物内・同一敷地内，隣接敷地内にある施設・事業所」と定義した。地域包括支援センターを対象とした調査結果を集計したところ，「併設あり」55%，「併設なし」45%という結果であった。「併設あり」の内訳をみると，精神科病院3か所，精神科標榜の診療所が1か所となっていた（図1）。

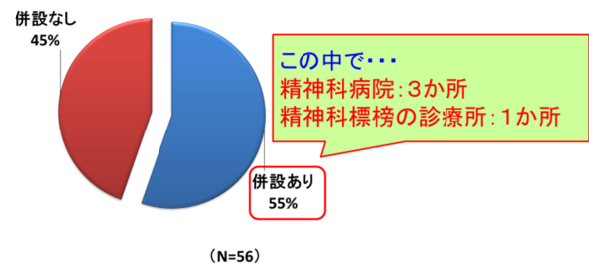


図1 併設施設等の状況

職員の状況

精神保健福祉士有資格者が「いる」と回答したのは21事業所（56事業所のうち37.5%）であっ

た。この中で、有資格者が非常勤職員のみが1事業所、有資格者が複数いるのは4事業所（最大4人（常勤3人、非常勤1人）であった。

精神保健福祉士有資格者（26人）の主たる資格は、社会福祉士13人、保健師7人、介護支援専門員5人、精神保健福祉士1人となっていた（表3）。

表3 精神保健福祉士有資格者の主たる資格

社会福祉士	13人
保健師	7人
介護支援専門員	5人
精神保健福祉士	1人
計	26人

ケアマネジメントの実施状況

平成24年度一年間の総合相談件数（延件数，重複可）は、平均3,391（最小値297、最大値23,038）件であった。うち、権利擁護（成年後見人，高齢者虐待）に関するものは、平均118（最小値2，最大値970）件であった。

地域包括支援センターが開催・参加したカンファレンス

地域包括支援センターが開催・参加したカンファレンス（本調査研究では、調査票に、「利用者や家族への支援に関する協議全般を指します。サービス導入時，変更時に開催されるサービス担当者会議に限るものではありません」と注をつけた）は、平成24年度一年間の回数（延回数）は、平均362.0（最小値0，最大値3,083）回であった。平成24年度一年間の対象事例数（実事例数）は、平均117.1（最小値0，最大値591）件であった。対象事例数のうち、認知症事例数は平均38.4（最小値0，最大値200）件、精神疾患の困難事例数は平均6.9（最小値0，最大値40）件であった（本調査研究では、認知症事例数と精神疾患の困難事例数は、本人が該当のみでなく、家族が該当の場合も含めて回答を求めた）。

場合も含めて回答を求めた）。

地域包括支援センターが開催・参加したカンファレンスの参加者・対象事例数について尋ねた結果を、表4に示した。病院・診療所の精神保健福祉士の参加したカンファレンスは平均1.5（最小値0，最大値9）回、対象事例数は1.4（最小値0，最大値6）件であった。障害福祉に関する相談支援事業所の精神保健福祉士が参加したカンファレンスは平均2.0（最小値0，最大値17）回、対象事例数は1.3（最小値0，最大値8）件であった。

表4 地域包括支援センターが開催・参加したカンファレンスの参加者・対象事例数（平成24年度一年間）

	実施回数	対象事例数
精神科医	平均1.2 (最小値0, 最大値8)	平均0.8 (最小値0, 最大値3)
保健師	平均19.8 (最小値0, 最大値328)	平均18.3 (最小値0, 最大値328)
病院・診療所の精神保健福祉士	平均1.5 (最小値0, 最大値9)	平均1.4 (最小値0, 最大値6)
障害福祉に関する相談支援事業所の精神保健福祉士	平均2.0 (最小値0, 最大値17)	平均1.3 (最小値0, 最大値8)
居宅介護支援事業所の介護支援専門員	平均40.8 (最小値0, 最大値328)	平均33.7 (最小値0, 最大値328)

平成24年度一年間で、医療機関からの退院時カンファレンスに出席した回数は、平均34.7（最小値0，最大値667）回であった。そのうち、精神科医療機関からの退院のカンファレンスへの出席回数は、平均1.3（最小値0，最大値8）であった（表5）。

表5 医療機関からの退院時カンファレンスへの参加（平成24年度一年間）

退院時カンファレンスに出席した回数	平均34.7 (最小値0, 最大値667)
そのうち、精神科医療機関からの退院のカンファレンスへの出席回数	平均1.3 (最小値0, 最大値8)

精神障害者がかかわるケースの依頼があった時に、断ったことがある事業所は1事業所であった。その理由は、「利用者の希望に沿えない」（自

由記述“他のサービス利用を勧める。介護保険法 障害者自立支援法へ”)であった。

連携の状況

精神疾患の困難事例での連携状況(本調査研究では、調査票に、「ここでいう連携とは、「入院時情報連携可算」など加算対象とするものだけではなく、支援のための情報のやり取りを対面・メール・FAXなどによって交わすこと全般を指します」との注をつけた)を、図2に示した。連携していないと回答(5件法での回答で「全くしていない」に近い2つの評定の合計。以下、5件法での回答を求めた場合は同様に扱う。)した割合は、障害福祉相談支援事業所 38%、精神科病院・診療所 31%、行政の保健師 19%となっていた。

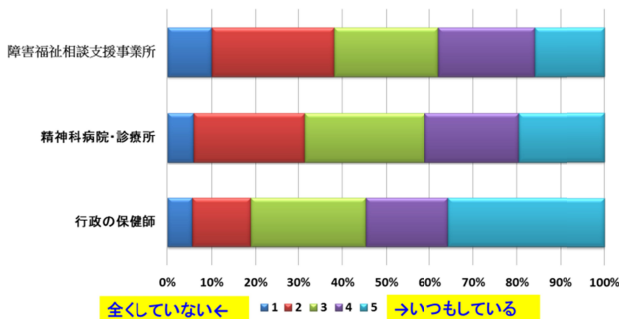


図2 精神疾患の困難事例での連携

精神保健福祉士の業務内容を知っているか尋ねたところ、13%が知らないと回答していた(図3)。

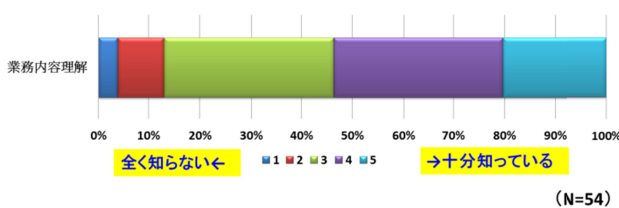


図3 精神保健福祉士の業務内容理解

平成24年度一年間で精神保健福祉士と連携した事例数について尋ねたところ、図4の結果となった。平成24年中に一件も連携事例のない事業所が23%を占めていた。

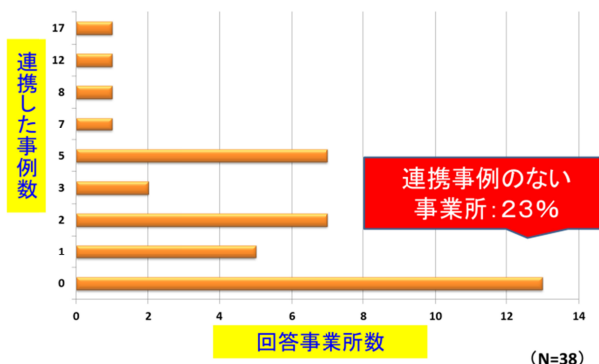
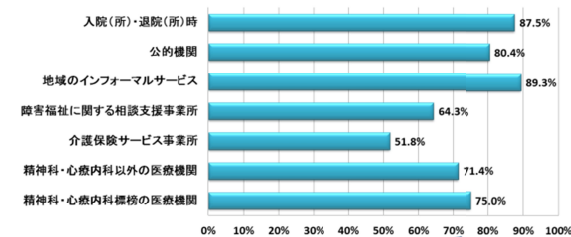


図4 精神保健福祉士と連携した事例数 (平成24年度一年間)

連携の課題

関係機関との連携に課題があるか尋ねたところ、図5の結果となった。精神科・診療内科標榜の医療機関との連携に関しては、75%の事業所が「課題あり」と回答していた。

「課題あり」と回答した事業所の割合



4分の3の事業所が、精神科・心療内科標榜の医療機関との連携に課題ありと回答

図5 関係機関との連携の課題

希望する報酬・制度

希望する報酬・制度に関して、介護報酬や介護保険制度に対する希望を尋ねた質問項目への回答結果を図6に示した。「地域包括支援センターの設置基準となる人員数の増加」は85%、「地域包括支援センターへの精神保健福祉士の配置」は57%が、希望すると回答していた。

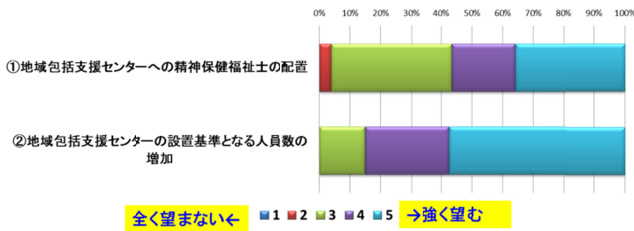


図6 介護報酬や介護保険制度への要望

診療報酬における医療機関の評価に対する希望を尋ねた質問項目への回答結果を図7に示した。最も希望する割合が高かったのは「介護支援専門員以外の地域包括支援センター職員も、介護支援連携指導料の算定対象となる仕組み」(46%)で、「精神科医療機関の認知症治療病棟や精神療養病棟の入院患者も介護支援連携指導料の算定対象となる仕組み」(41%)が続いていた。

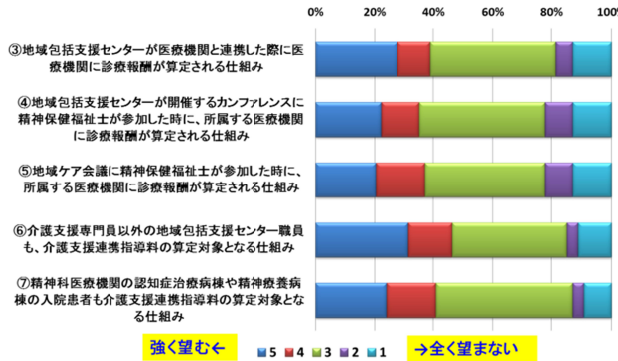


図7 診療報酬における医療機関の評価への要望

行政の取り組みに対する希望を尋ねる質問項目への回答結果を図8に示した。「市町村担当課への精神保健福祉士の配置」は78%、「市町村保健センター・保健所への精神保健福祉士の配置」は74%が希望すると回答していた。

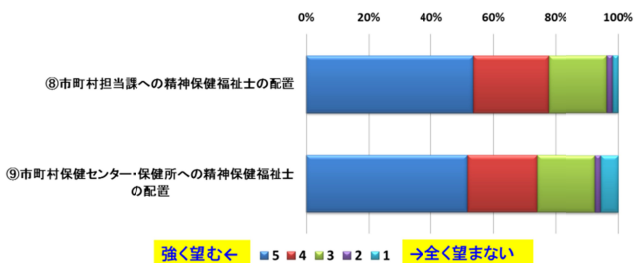


図8 行政の取り組みに対する要望

(2) 居宅介護支援事業所を対象とした第一次調査の結果

併設施設等の状況

居宅介護支援事業所を対象とした調査結果を集計したところ、「併設あり」75%、「併設なし」25%という結果であった。「併設あり」の内訳をみると、精神科病院7か所、精神科標榜の病院(精神病床なし)2か所、精神科標榜の診療所5か所となっていた(図9)。

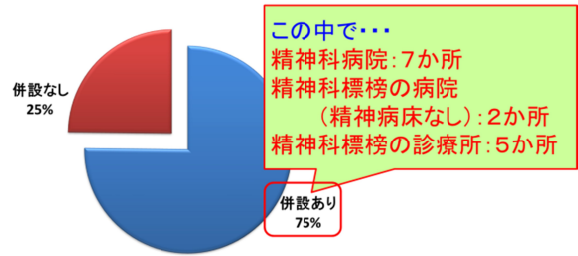


図9 併設施設等の状況

職員の状況

精神保健福祉士有資格者が「いる」と回答したのは41事業所(405事業所のうち10.1%)であった。この中で、有資格者が非常勤職員のみのも事業所が3か所あった。

特定事業所加算の算定状況

特定事業所加算の算定状況を図10に示した。「加算なし」の事業所が65%を占めた。「加算なし」の理由が「地域包括支援センターから紹介された支援困難ケースを受託していない」に該当すると回答した事業所は、38か所であった。

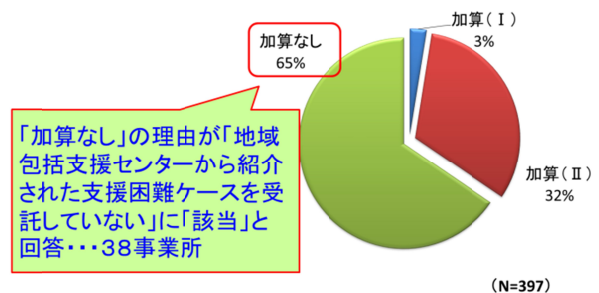


図10 特定事業所加算の算定状況

その他の加算の算定状況を、図11に示した。

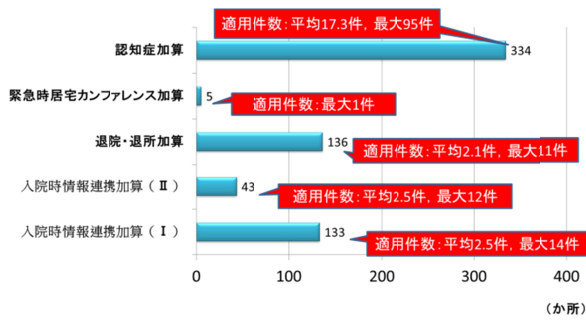


図 11 加算を算定している事業所数・適用件数
(平成 25 年 3 月実績)

居宅介護支援事業所が参加するカンファレンス

居宅介護支援事業所が参加するカンファレンスは、平成 24 年度一年間の回数(延回数)は、平均 105.4(最小値 0, 最大値 963)回であった。平成 24 年度一年間の対象事例数(実事例数)は、平均 72.9(最小値 0, 最大値 960)件であった。対象事例数のうち、認知症事例数は平均 24.3(最小値 0, 最大値 280)件、精神疾患の困難事例数は平均 2.9(最小値 0, 最大値 50)件であった。

居宅介護支援事業所が参加するカンファレンスの参加者・対象事例数について尋ねた結果を、表 6 に示した。病院・診療所の精神保健福祉士の参加したカンファレンスは平均 1.8(最小値 0, 最大値 51)回、対象事例数は 1.8(最小値 0, 最大値 45)件であった。障害福祉に関する相談支援事業所の精神保健福祉士が参加したカンファレンスは平均 0.3(最小値 0, 最大値 15)回、対象事例数は 0.3(最小値 0, 最大値 18)件であった。

表 6 居宅介護支援事業所が参加するカンファレンスの参加者・対象事例数(平成 24 年度一年間)

	実施回数	対象事例数
精神科医	平均1.2 (最小値0, 最大値54)	平均1.1 (最小値0, 最大値25)
保健師	平均2.4 (最小値0, 最大値206)	平均2.75 (最小値0, 最大値160)
病院・診療所の精神保健福祉士	平均1.8 (最小値0, 最大値51)	平均1.8 (最小値0, 最大値45)
障害福祉に関する相談支援事業所の精神保健福祉士	平均0.3 (最小値0, 最大値15)	平均0.3 (最小値0, 最大値18)
地域包括支援センター職員	平均8.1 (最小値0, 最大値400)	平均6.6 (最小値0, 最大値115)

平成 24 年度一年間で、医療機関からの退院時カンファレンスに出席した回数は、平均 11.9(最小値 0, 最大値 150)回であった。そのうち、精神科医療機関からの退院のカンファレンスへの出席回数は、平均 0.6(最小値 0, 最大値 10)であった(表 7)。

表 7 医療機関からの退院時カンファレンスへの参加(平成 24 年度一年間)

退院時カンファレンスに出席した回数	平均11.9 (最小値0, 最大値150)
そのうち、精神科医療機関からの退院のカンファレンスへの出席回数	平均0.6 (最小値0, 最大値10)

精神障害者がかかわるケースの依頼があった時、断ったことがある事業所は 7 事業所であった。

連携の状況

精神疾患の困難事例での連携状況を、図 12 に示した。連携していない割合が最も高いのは障害福祉相談支援事業所(72%)で、行政の保健師(66%)、精神科病院・診療所(48%)と続いていた。

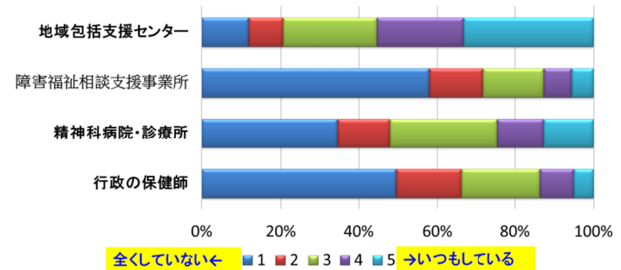


図 12 精神疾患の困難事例での連携

精神保健福祉士の業務内容を知っているか尋ねたところ、知らないとの回答が 51%を占める結果となった(図 13)。

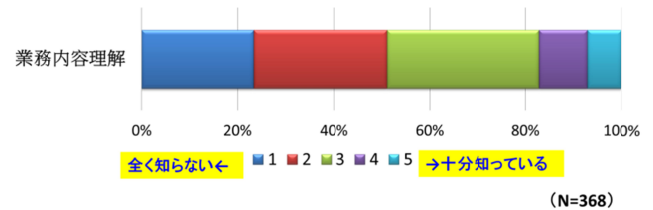


図 13 精神保健福祉士の業務内容理解

平成 24 年度一年間で精神保健福祉士と連携した事例数について尋ねたところ、図 14 の結果となった。平成 24 年中に一件も連携事例のない事業所が 67% を占めていた。

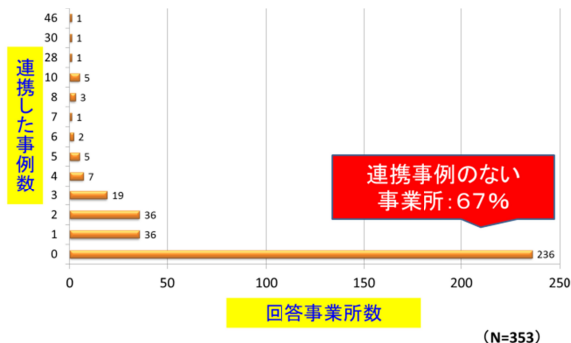
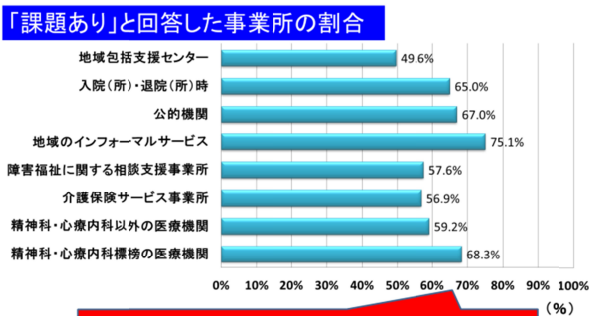


図 14 精神保健福祉士と連携した事例数 (平成 24 年度一年間)

連携の課題

関係機関との連携に課題があるか尋ねたところ、図 15 の結果となった。精神科・診療内科標榜の医療機関との連携に関しては、68% の事業所が「課題あり」と回答していた。地域のインフォーマルサービス (75%) に次いで、精神科・心療内科標榜の医療機関が多いという結果であった。



地域のインフォーマルサービスに次いで、精神科・心療内科標榜の医療機関が多い

図 15 関係機関との連携の課題

希望する報酬・制度

希望する報酬・制度については、介護報酬や介護保険制度に対する希望を尋ねた質問項目への回答結果を図 16 に示した。「精神障害の利用者・家族からの電話相談に対する介護報酬」と「地域包括支援センターへの精神保健福祉士の配置」は、

いずれも 54% が希望すると回答していた。「ケースに関する (他職種を交えた) カンファレンス・コンサルテーションの実施 (精神科医療機関の参加による) に対する介護報酬」も 50% が希望すると回答していた。

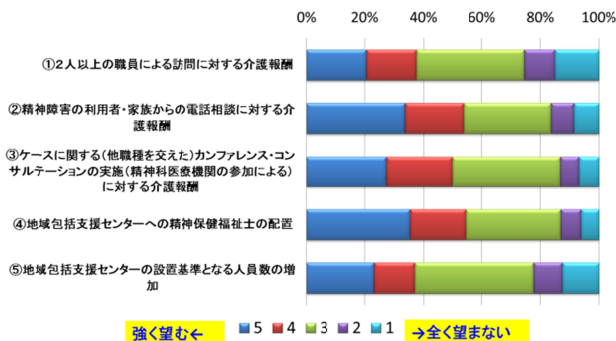


図 16 介護報酬や介護保険制度への要望

診療報酬における医療機関の評価に対する希望を尋ねた質問項目への回答結果を図 17 に示した。最も多く希望が出されたのは、「居宅介護支援事業所が開催するカンファレンスに精神保健福祉士が参加した時に、所属する医療機関に診療報酬が算定される仕組み」(29%) であった。

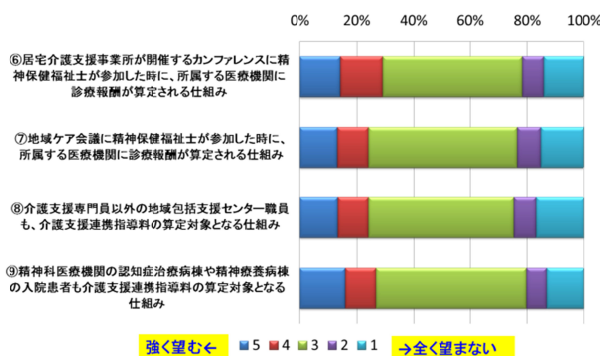


図 17 診療報酬における医療機関の評価への要望

行政の取り組みに対する希望を尋ねた質問項目への回答結果を図 18 に示した。「市町村担当課への精神保健福祉士の配置」は 54%、「市町村保健センター・保健所への精神保健福祉士の配置」は 53% が、希望すると回答していた。

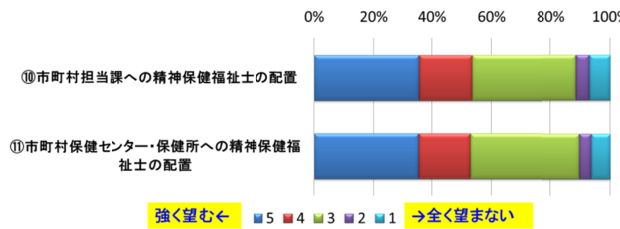


図 18 行政の取り組みに対する要望

2. 第二次調査の結果

(1) 地域包括支援センターを対象とした第二次調査の結果

精神科医療機関との連携の課題

精神科医療機関との連携に課題があるか尋ねたところ、図 19 の結果となった。連携に課題があると回答した割合が 50%を超えた項目が 4 点あった。最も高いのは「本人の否認・病識のなさから精神科医療機関につなぐことができない」で、91%に達した。次に高いのが、「病状等の情報を問い合わせても情報を提供してもらえないことがある」と「利用者の受診を促進する際、どのように進めればよいかわからない」であった（いずれも 59%）。「サービス担当者会議に参加してもらえないことがある」も、52%が当てはまると回答していた。

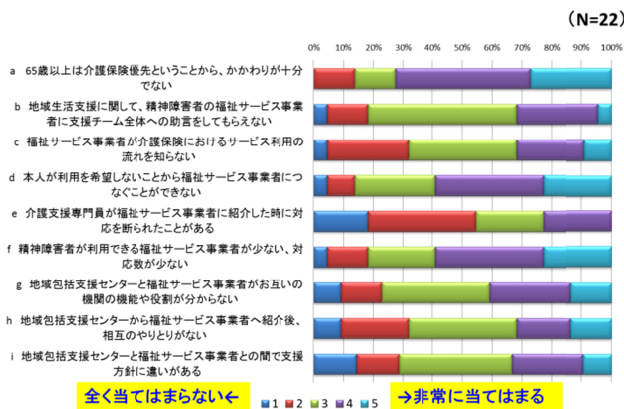


図 19 精神科医療機関との連携の課題

精神障害者の福祉サービス事業者との連携の課題

精神障害者の福祉サービス事業者との連携の課題について尋ねたところ、図 20 の結果となっ

た。連携に課題があると回答した割合が 50%を超えた項目が 3 点あった。最も高いのは、「65 歳以上は介護保険優先ということから、かわりが十分でない」で、73%に達した。次に高いのが、「精神障害者が利用できる福祉サービス事業者が少ない、対応数が少ない」、「本人が利用を希望しないことから福祉サービス事業者につなぐことができない」で、いずれも 59%が連携に課題があると回答していた。

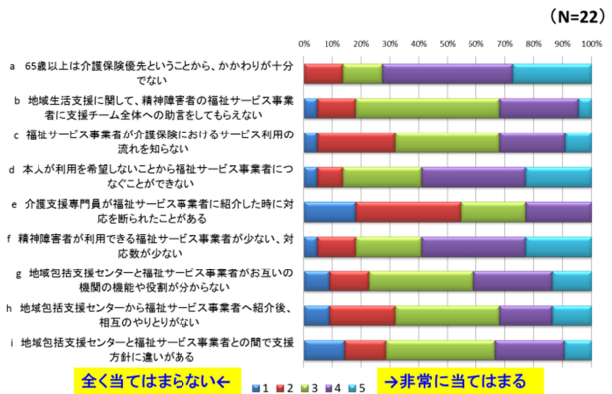


図 20 精神障害者の福祉サービス事業者との連携の課題

精神保健福祉士との連携の課題

精神保健福祉士との連携の課題について尋ねたところ、図 21 の結果となった。「本人が利用を希望しないことから精神保健福祉士につなぐことができない」に当てはまると回答した人が 50%いた。

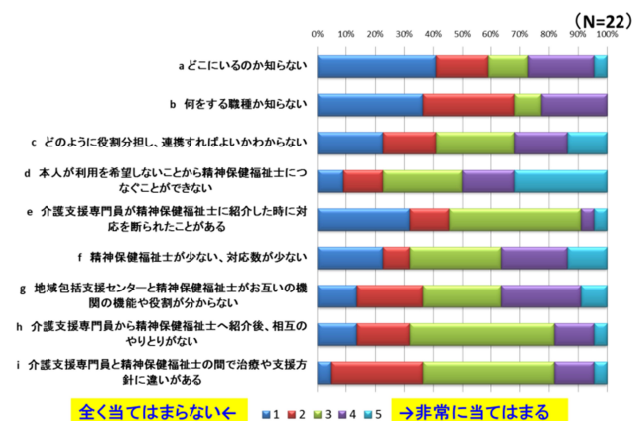


図 21 精神保健福祉士との連携の課題

精神保健福祉にかかわる機関・職種との連携に課題が生じる段階

「精神保健福祉にかかわる機関・職種との連携について、次の各段階にはどの程度の課題がありますか」と尋ねたところ、図 22 に示した結果となった。質問項目に挙げた全ての段階で、課題があると回答した割合が 50% を超えていた。連携に課題があると回答した割合が最も高いのは、「課題の解決のために精神保健福祉にかかわる機関・職種に協力の打診をする段階」と「課題の解決のために精神保健福祉にかかわる機関・職種に協力を求めようとする段階」で、いずれも 76% に達した。次に高いのが、「精神保健福祉にかかわる機関・職種との間で役割と責任を確認する段階」で、75% が連携に課題があると回答していた。

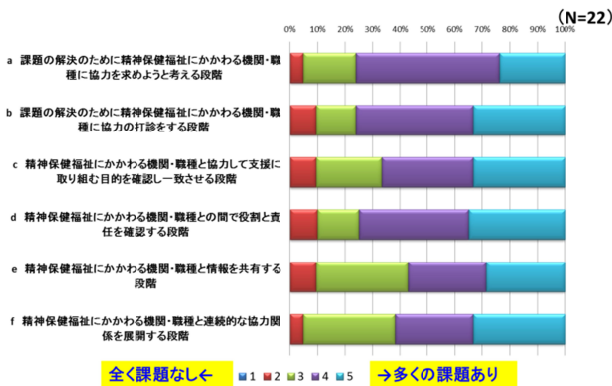


図 22 精神保健福祉にかかわる機関・職種との連携に課題が生じる段階

精神保健福祉にかかわる機関・職種との連携を促進する方策

「精神保健福祉にかかわる機関・職種との連携を促進する方策について、次の方策はどの程度効果的だとお考えですか」と尋ねたところ、図 23 に示した結果となった。質問項目に挙げた全ての項目で、効果的と回答した割合が 50% を超えていた。効果的と回答した割合が最も高いのは、「精神保健福祉にかかわる機関・職種が必要な時にすぐに対応する」と「精神保健福祉にかかわる機関・職種と介護支援専門員がお互いに交流を深める」で、いずれも 91% に達した。次に高いのが、

「相互にケースの相談をして連携の必要性に対する意識を高める」と「精神保健福祉にかかわる機関・職種と介護支援専門員が連携について学ぶ機会を作る」で、いずれも 91% が効果的と回答していた。

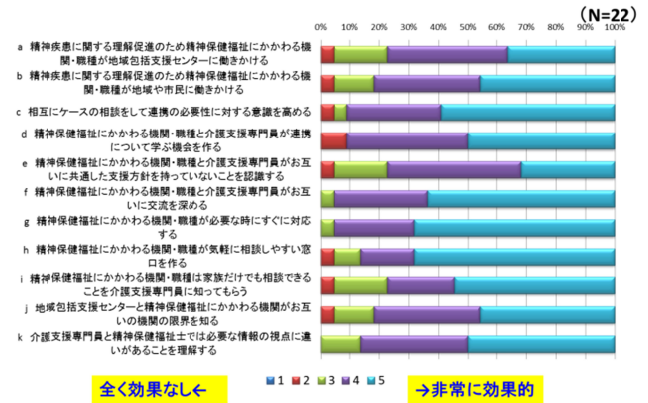


図 23 精神保健福祉にかかわる機関・職種との連携を促進する方策

精神保健福祉にかかわる機関とのパイプ役としての精神保健福祉士を使ってみたいか

「精神保健福祉士が、地域包括支援センターと精神科医療機関をはじめとする精神保健福祉にかかわる機関との連携を図るパイプ役になるとしたら、使ってみたいですか」と尋ねたところ、90% が使ってみたいと回答していた（図 24）。

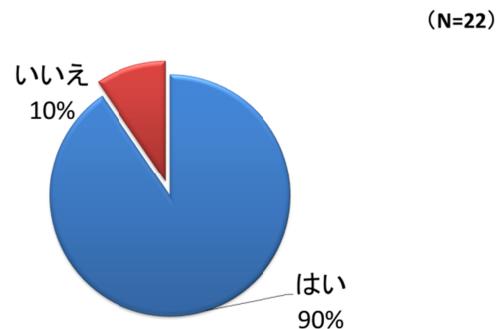


図 24 精神保健福祉にかかわる機関とのパイプ役としての精神保健福祉士を使ってみたいか

精神保健福祉士や精神保健福祉にかかわる機関との連携を図るツールを使ってみたいか

「精神保健福祉士や精神保健福祉にかかわる機関との連携を図るためのツールがあれば、使って

みたいですか」と尋ねたところ、95%が使ってみ
たいと回答していた(図25)。

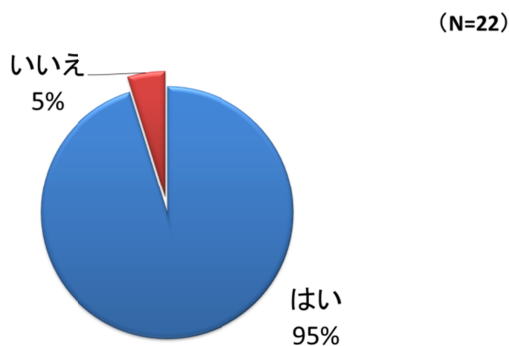


図25 精神保健福祉士や精神保健福祉にかかわ
る機関との連携を図るツールを使ってみ
たいか

精神保健福祉士との連携を図るための研修を 企画した場合に参加したいか

「精神保健福祉士との連携を図るための研修を
企画した場合、参加したいですか」と尋ねたところ、95%が参加したいと回答していた(図26)。

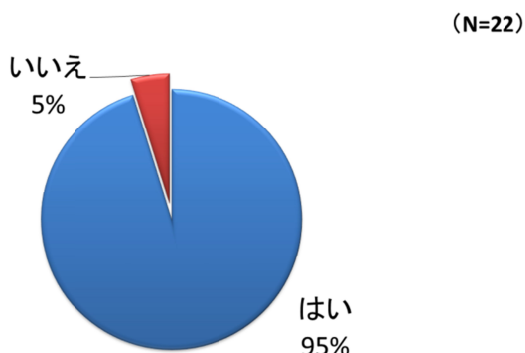


図26 精神保健福祉士との連携を図るための研
修を企画した場合に参加したいか

地域包括支援センターへの精神保健福祉士配 置希望

「地域包括支援センターへの精神保健福祉士配
置を希望しますか」と尋ねたところ、76%が希望
すると回答していた(図27)。

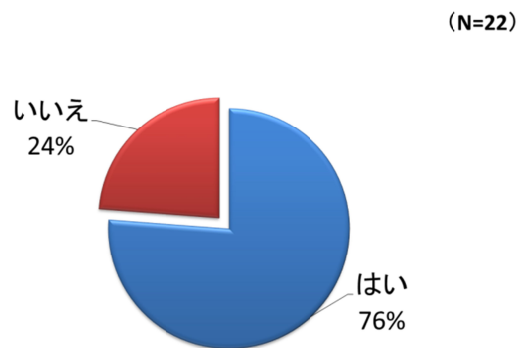


図27 地域包括支援センターへの
精神保健福祉士配置希望

(2) 居宅介護支援事業所を対象とした第二次調 査の結果

精神科医療機関との連携の課題

精神科医療機関との連携に課題があるか尋ね
たところ、図28の結果となった。連携に課題が
あると回答した割合が50%を超えた項目が2点あ
った。最も高いのは、「本人の否認・病識のなさ
から精神科医療機関につなぐことができない」
(65%)で、「利用者の受診を促進する際、ど
のように進めればよいかわからない」(52%)が続
いていた。

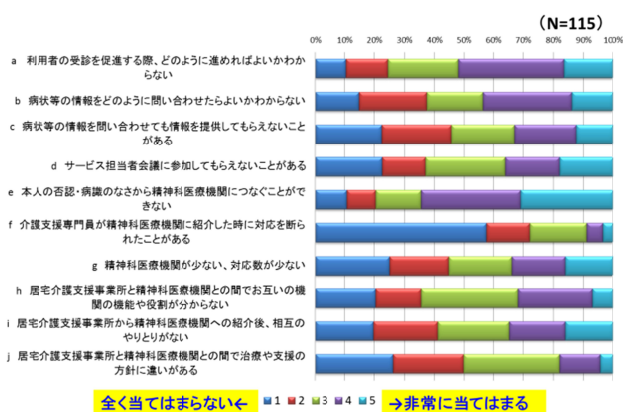


図28 精神科医療機関との連携の課題

精神障害者の福祉サービス事業者との連携の 課題

精神障害者の福祉サービス事業者との連携の
課題について尋ねたところ、図29の結果となっ
た。連携に課題があると回答した割合が50%を超

えた項目が 2 点あった。最も高いのは、「精神障害者が利用できる福祉サービス事業者が少ない、対応数が少ない」(54%)で、「65 歳以上は介護保険優先ということから、かかわりが十分でない」(50%)が続いていた。

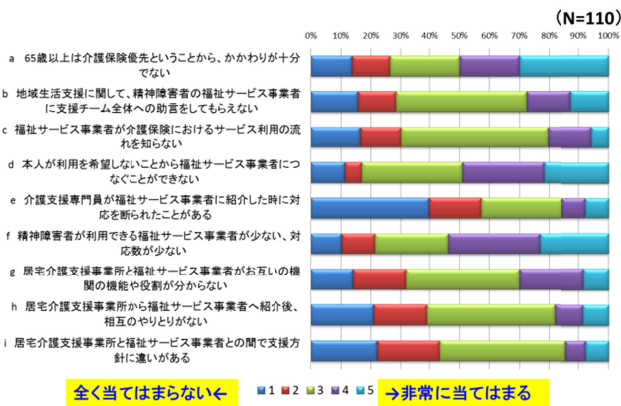


図 29 精神障害者の福祉サービス事業者との連携の課題

精神保健福祉士との連携の課題

精神保健福祉士との連携の課題について尋ねたところ、図 30 の結果となった。当てはまると回答した割合が最も高いのは、「本人が利用を希望しないことから精神保健福祉士につなぐことができない」(45%)であった。

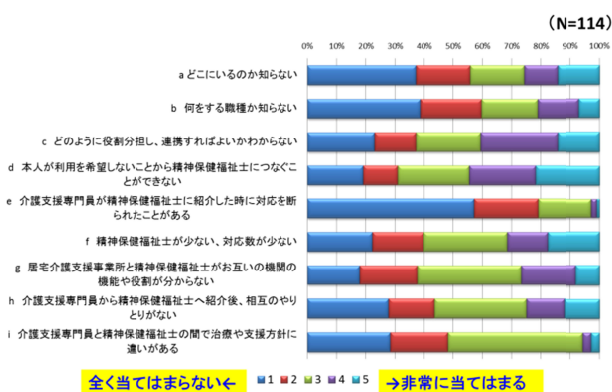


図 30 精神保健福祉士との連携の課題

精神保健福祉にかかわる機関・職種との連携に課題が生じる段階

「精神保健福祉にかかわる機関・職種との連携について、次の各段階にはどの程度の課題がありますか」と尋ねたところ、図 31 の結果となった。

連携に課題があると回答した割合が最も高いのは「課題の解決のために精神保健福祉にかかわる機関・職種に協力を求めようとする段階」(42%)で、「課題の解決のために精神保健福祉にかかわる機関・職種に協力の打診をする段階」と「精神保健福祉にかかわる機関・職種と連続的な協力関係を展開する段階」(いずれも 38%)が続いていた。

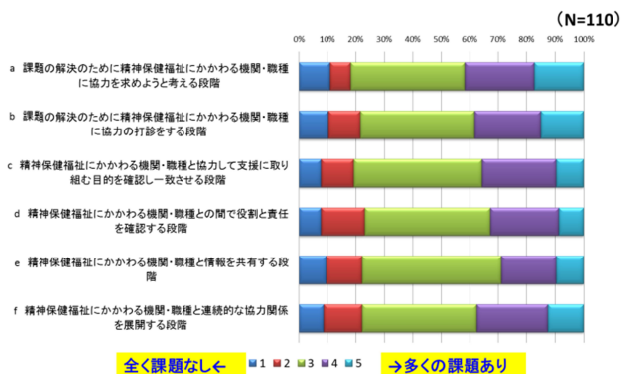


図 31 精神保健福祉にかかわる機関・職種との連携に課題が生じる段階

精神保健福祉にかかわる機関・職種との連携を促進する方策

「精神保健福祉にかかわる機関・職種との連携を促進する方策について、次の方策はどの程度効果的だとお考えですか」と尋ねたところ、図 32 の結果となった。質問項目に挙げた全ての項目で、効果的と回答した割合が 50% を超えていた。効果的と回答した割合が最も高いのは、「精神保健福祉にかかわる機関・職種が必要な時にすぐに対応する」(83%)で、「精神保健福祉にかかわる機関・職種が気軽に相談しやすい窓口を作る」(82%)が続いていた。

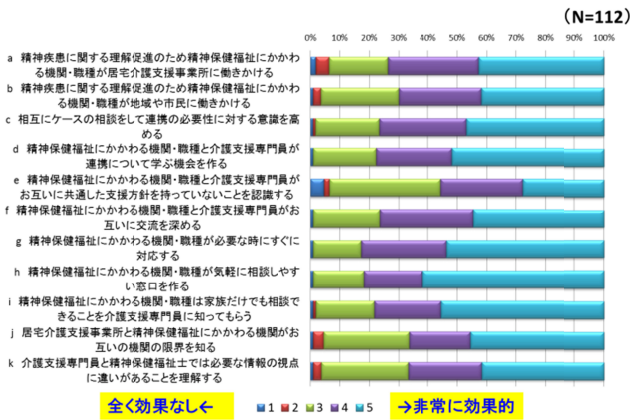


図 32 精神保健福祉にかかわる機関・職種との連携を促進する方策

精神保健福祉にかかわる機関とのパイプ役としての精神保健福祉士を使ってみたいか

「精神保健福祉士が、地域包括支援センターと精神科医療機関をはじめとする精神保健福祉にかかわる機関との連携を図るパイプ役になるとしたら、使ってみたいですか」と尋ねたところ、96%が使ってみたいと回答していた（図 33）。

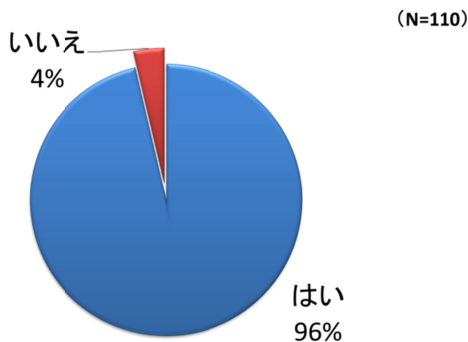


図 33 精神保健福祉にかかわる機関とのパイプ役としての精神保健福祉士を使ってみたいか

精神保健福祉士や精神保健福祉にかかわる機関との連携を図るツールを使ってみたいか

「精神保健福祉士や精神保健福祉にかかわる機関との連携を図るためのツールがあれば、使ってみたいですか」と尋ねたところ、91%が使ってみたいと回答していた（図 34）。

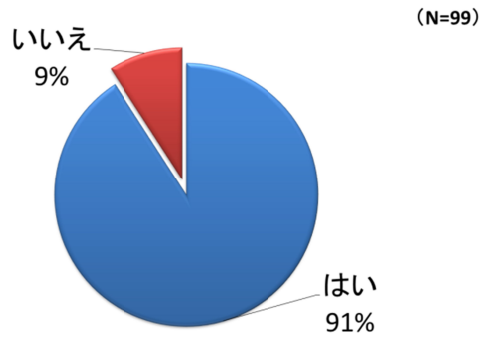


図 34 精神保健福祉士や精神保健福祉にかかわる機関との連携を図るツールを使ってみたいか

精神保健福祉士との連携を図るための研修を企画した場合に参加したいか

「精神保健福祉士との連携を図るための研修を企画した場合、参加したいですか」と尋ねたところ、94%が参加したいと回答していた（図 35）。

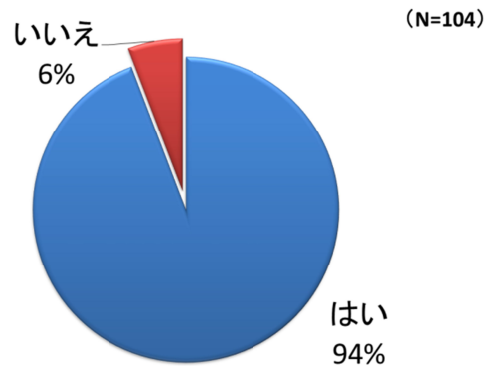


図 35 精神保健福祉士との連携を図るための研修を企画した場合に参加したいか

地域包括支援センターへの精神保健福祉士配置希望

「地域包括支援センターへの精神保健福祉士配置を希望しますか」と尋ねたところ、88%が希望すると回答していた（図 36）。

(N=105)

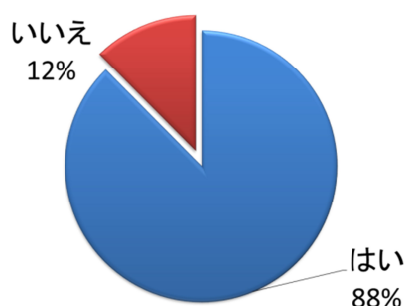


図 36 地域包括支援センターへの精神保健福祉士配置希望

D. 考察

平成 25 年度は、平成 24 年度の成果（先行研究のレビューと先駆的取組地域の聴き取り調査）にもとづいて、石川県と広島県の地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所を対象に、量的調査を実施した。第一次調査では、地域包括支援センター56 件（回収率 34.1%）、居宅介護支援事業所 405 件（回収率 36.4%）の協力が得られた。第一次調査の結果から、要介護者等もしくはその同居親族などに精神疾患がみられる事例は少ないことがわかった。しかし、介護領域と精神保健医療福祉領域との連携は不十分であり、支援に際して地域包括支援センターや居宅介護支援事業所をはじめとする関係機関職員が苦慮している状況が明らかになった。具体的には、居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、精神障害者（認知症の人を含む）がかかわる事例への対応に苦慮している実態がある、認知症の人を除いた精神障害者がかかわった対応の難しい事例の場合、精神科医療機関、精神保健福祉士、行政の保健師等との連携がほとんど図られていない、精神保健福祉士に対する認知度は低い、介護支援専門員の多くが、精神科医療機関等との連携に課題を感じている、などの問題が明らかになった。

さらに、第一次調査において第二次調査への協力の意向が表明された機関・事業所を対象に、第

二次調査を実施した。第二次調査では、地域包括支援センター22 件（回収率 81.5%）、居宅介護支援事業所 117 件（回収率 49.8%）の協力が得られた。第二次調査では、連携に関する研修の実施を望む声が多く、精神保健福祉士との連携を図るための研修を企画した場合「参加したい」と回答した割合は、地域包括支援センター95%、居宅介護支援事業所 94%に達した。

平成 26 年度の研究事業では、平成 25 年度の調査結果を踏まえ、介護支援専門員等と精神保健福祉士等との連携を円滑に図るための研修プログラムの開発とその実施に取り組む予定である。

E. 結論

今回の調査研究によって、地域包括ケアシステム構築においてその要とも言える介護支援専門員が精神科医療との連携を要するケースを抱えながらも適切にその連携を図れておらず苦慮している実態を把握することができた。居宅介護支援事業所、地域包括支援センターそれぞれが精神科医療と適切な連携を図ることを可能とする方策を求めており、その解決策の一つとして本研究事業で研修プログラムを開発することは意義あることであることが確認できた。

そして、平成 26 年 4 月に施行された改正精神保健福祉法では、医療保護入院者等の退院支援を制度化したが、そこでは精神科病院が居宅介護支援事業者等と連携することを求められている。その連携を効果的に進めていくうえでも、平成 26 年度本研究事業で効果的な研修プログラムの開発を行っていく。

F. 研究発表

1. 論文発表

金子努・越智あゆみ（2013）「介護支援専門員からみた介護と精神科医療との連携に関する課題」『精神保健福祉』95, 206-207.

2. 学会発表

金子努・越智あゆみ「介護支援専門員からみた介護と精神科医療との連携に関する課題」第 12 回日本精神保健福祉士学会学術集会（石川県・金沢エクセルホテル東急），2013 年 6 月 15 日。
金子努・越智あゆみ・田中聡子・松宮透高・木太直人・増本由美子「精神保健福祉士の活動評価及び介入方法の開発と普及に関する研究介護班の調査結果」第 13 回ケアマネジメント広島大会（広島市・広島県健康福祉センター），平成 26 年 3 月 8 日。

吉池毅志・栄セツコ（2009）「保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理 - 精神保健福祉実践における「連携」に着目して - 」『桃山学院大学総合研究所紀要』34(3)，109-122。

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

<参考文献>

岡田朋子（2010）『支援困難事例の分析調査』ミネルヴァ書房。
金子努・越智あゆみ（2013）「介護支援専門員からみた介護と精神科医療との連携に関する課題」『精神保健福祉』95，206-207。
全国訪問看護事業協会（2010）『平成 21 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）精神科医療の機能強化に関する調査研究事業報告書』。
野中猛（2009）「『支援困難事例』に対する基本的考え方」『支援困難ケアマネジメント事例集』日総研出版。
橋本直子ほか（2013）「アルコール依存症の医療連携におけるソーシャルワークの課題～TQM法で可視化して」『福井県立大学論集』41，1-11。
三菱総合研究所（2012a）『平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書』。
三菱総合研究所（2012b）『平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査報告書』。

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍 なし。

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
金子努 越智あゆみ	介護支援専門員からみた介護と精神科医療との連携に関する課題	精神保健福祉	通巻95号	206-207	2013