

また、今後は、病状に応じて適切な医療を提供できる受入先医療機関・診療科に患者を振り分ける等の調整（管制塔機能）を行うシステムを整備するとともに、地域の実情に精通した救急医等を救急患者受入コーディネーターとして配置することを推進すべきであり、併せて、こういった役割を担う救急医等の育成を図っていく必要がある。加えて、小児救急電話相談事業（＃８０００）について、全国の都道府県が共同で利用できる拠点作りや高齢者を含む成人へ対象を広げるなど、関係省庁が連携しつつ、同事業拡充を検討することも必要である。

（２）「出口の問題」について

かねてから、救急医療機関に搬送された患者が、急性期を乗り越えた後も、救急医療用の病床からの転床・転院が停滞し、結果的に救急医療用の病床を長期間使用することによって、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になるという、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されてきた。

総務省消防庁は、医療機関の受入照会回数が多数に及ぶ事案に関し、平成１９年度に救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査を行った。

これによると、救急搬送において受入れに至らなかった理由として、「処置困難」、「ベッド満床」、「手術中・患者対応中」、「専門外」、「医師不在」等が挙げられた。特に、救命救急センター等（＊）においては、「ベッド満床」が第１の理由として挙げられている。

＊ 本調査において、「救命救急センター等」とは、救命救急センター、地域で救命救急センターに準じて取り扱われる施設（大学病院救急部など）をいう。

救急医療機関での受入れを確実なものとするため、急性期を脱した患者を受け入れる病床を確保する観点から、入院している患者の退院、同一医療機関内での転床、他の病院等への転院の促進など、救急医療機関の「出口」を確保することが必要である。

本検討会において、救急医療機関と、転院を受け入れる病院の双方からヒアリングを行った際には、急性期を乗り越えたものの救急医療用の病床から移動できない具体的な例として、いわゆる植物状態等の重度の意識障害がある患者や、合併する精神疾患によって一般病棟では管理が困難である患者、さらには人工呼吸管理が必要である患者、院内感染の原因となる細菌の保菌者等が挙げられた。

また、身寄りがいない患者や独居の患者、未収金の発生可能性がある患者等については、転床・転院が困難であるとの指摘があった。さらに、患者と家族の求める医療水準と転床・転院先の状況との乖離や、転床・転院しても家族の経済的負担が軽減されないことも、転床・転院を妨げる大きな要因になるとの指摘があった。一方、転院先の医療機関においても、救急医療機関からの転院を受け入れられない理由の多くは、当該医療機関も満床で、救急医療機関と同様の「出口の問題」であるとの指摘があった。救急医療機関の「出口の問題」だけでなく、さらに転院先の「出口の問題」といった玉突き型の問題もあることから、医療・介護システム全体の問題とも考えられる。

また、大学病院等の高度専門医療を担う医療機関については、各々の専門性や診療科間の連携の不足が院内転床を困難にしている要因の一つではないかと考えられる。

患者と家族の求める医療水準と転床・転院先の状況との乖離については、救急医療用の病床からの転床・転院についての国民的理解を形成していくことが重要であり、社会全体で理解を深められるような取組を進めていく必要がある。さらに、円滑な転床・転院の促進や、施設内、施設間の連携の構築を図るための専任者を配置する等の救急医療機関自身の取組と、急性期を乗り越えた患者が円滑に救急医療用の病床から転床・転院できる地域の体制の確保が必要不可欠であり、医療界と協力しつつ、国や都道府県が支援を行うことが重要であると考えられる。

（３）円滑な受入れ推進に向けた対応

今後は、上述の対策に加えて、次のような方策を推進することが重要であると考えられる。

- ・救急医療機関と地域の他の医療機関との間で、地域全体の各医療機関の専門性や、効率的な患者の振り分け方策について情報を共有するための地域の取組を支援する。
- ・来院する多数の救急患者に対して、効果的・効率的に医療を提供するため、院内でのトリアージを適切に行い得る医療従事者の育成とその配置を推進する。
- ・夜間・休日等における診療所医師の外来診療の推進など、診療所医師の救急医療への参画を進める。
- ・地域全体の医療機関に関する救急医療情報について、情報を一元化するとともに、消防機関との共有を進める。
- ・救急医療機関の情報を住民に対して開示し、救急医療の体制や転床・転院について国民の理解を求める。
- ・家庭等での緊急時の対応方法に関する普及啓発を図る。

（４）いわゆるＥＲ型救急医療機関の課題について

救命救急センターを設置する医療機関等において、ＥＲ型救急医療機関と称される施設がある。その状況を概括してみると、

- ・軽症から重症まで、疾患、年齢、搬送手段を問わず、救急室（ＥＲ）を受診するすべての救急患者を受け入れる。
- ・その救急患者すべてにＥＲ型救急医と呼ばれる医師が救急初期診療を行い、入院治療や手術が必要な患者を母体病院の該当診療科に振り分ける。
- ・その医師は入院診療や手術等を行わない体制を確保している。

というものであるが、ＥＲ型救急医療機関といってもその実態は様々であり、すべての施設が上述の体制を確保しているわけではない。

また、各診療科の医師が当直医として労働を提供することにより維持されてきた時間外

外来業務を、現時点でも不足しているER型救急医と呼ばれる医師のみに委ねることは不可能であり、無理に行えば重症患者の治療を担う医師の不足を招くおそれがある。

仮に、我が国においてER型救急医療機関を普及させるとした場合、地域や医療機関の状況に応じて、救命救急センターではないが活発に救急医療を担っている第二次救急医療機関や、救命救急センターを設置する医療機関のうち、ER型救急医療機関に関心をもつ施設が、徐々にER型救急医療機関へ移行することを促すといった対応が考えられるが、いずれにしても、厚生労働省として、一部地域（救急医療機関）での試行事業を実施する等の前に、まずは以下の点等について正確な実態把握を行う必要があり、その上で、その必要性等を検討することが妥当である。

- ・ ER型救急医と呼ばれる医師の負担
- ・ 救急搬送患者の受入れ
- ・ 診療待ち時間
- ・ 専門診療科との連携
- ・ 入院担当科との連携

第4 おわりに

本検討会において、救命救急センターの新しい評価方法、救命救急センターの整備のあり方については、一応の議論を終えた。一方、ER型救急医療機関、第二次救急医療機関については議論を行ったが、方向性を十分に示すところまでには至らなかった。特定の診療領域を専門とする医療機関や高度救命救急センターのあり方についても重要な課題であり、引き続き、議論を行っていく必要がある。また、平成3年度に発足した救急救命士制度についても、すでに20年近くが経過し制度が定着してきたが、今後は、メディカルコントロール協議会の位置付けや、救急救命士の一層の活用方法についても検討すべきである。

この他にも、議題としては取り上げなかったものの、本検討会の中で、度々、患者・家族等地域住民と医療従事者の双方における「救急医療の公共性に関する認識の必要性」について発言があった。

医療は国民生活の基盤を支える公共性の高い営みであり、患者・家族など、地域住民と医療従事者の双方にそれを支える努力が必要であること、特に救急医療は限られた医療資源を有効に活用する必要性が高いこと等を広く社会が認識する必要がある。「安心と希望の医療確保ビジョン」において述べられているとおり、軽症患者による夜間の救急外来利用や、不適切な救急車の利用により、救急医療機関の負担を不必要に増加させ、真に必要な場合に救急医療を受けられないことがないようにしなければならない。このため、地域の各医療機関の機能や専門性について地域住民に適切に情報提供を行うとともに、適切な受診行動等についての積極的な普及・啓発を行うことが求められる。また患者・家族等が、特に救急医療にはリスクや不確実性が伴うことを認識した上で、疾病や治療について主体的な理解に努めつつ、医療従事者と協働する姿勢が必要であり、そのための支援が重要である。

人口構成の高齢化、救急搬送患者の急増、医療の質等に対する国民の期待の高まりなど、救急医療を巡る環境は大きく変化している。医療は、人々が地域で安心して生活していく上で欠かすことができない、国民生活の基盤を支える営みであり、とりわけ救急医療は、地域のセーフティーネットを確保するという観点からその根本をなすものである。本検討会においては、引き続き、救急医療体制を取り巻く状況の変化に対応した、あるべき救急医療体制の構築に向けた議論を行っていく必要がある。

「救急医療の今後のあり方に関する検討会」

<メンバー>

石井 正三	日本医師会常任理事
泉 陽子	茨城県保健福祉部長※第1～3回
染谷 意	茨城県保健福祉部次長※第4～7回
坂本 哲也	帝京大学医学部救命救急センター教授
篠崎 英夫	国立保健医療科学院長
島崎 修次	(財)日本救急医療財団理事長 / 杏林大学救急医学教授
豊田 一則	国立循環器病センター 内科脳血管部門 医長
野々木 宏	国立循環器病センター 心臓血管内科 部長
藤村 正哲	大阪府立母子保健総合医療センター 総長
前川 剛志	山口大学医学部長
松下 隆	帝京大学医学部整形外科主任教授
山本 保博	東京臨海病院長

<オブザーバー>

荒木 裕人	総務省消防庁救急企画室※第1～3回
溝口 達弘	総務省消防庁救急企画室※第4～7回

これまでの検討の経緯

(第1回の議題)

準備会の概要について
 今後の救命救急センターの整備について
 高度救命救急センターのあり方について
 救命救急センターの評価のあり方について

(第2回の議題)

救命救急センターの充実度評価の見直しについて
 ・有賀参考人からの説明
 ・坂本委員からの説明
 今後の救命救急センターの整備について
 高度救命救急センターのあり方について

(第3回の議題)

救命救急センターの充実度評価の見直しについて
 今後の救命救急センターの整備について
 高度救命救急センターのあり方について

(第4回の議題)

今後の救命救急センターの整備について
 ・救急医療機関の出口の問題について
 第二次救急医療機関について
 ・第二次救急医療機関の状況について
 ・ER型救急医療機関について

(第5回の議論)

これまでの議論について
 救急搬送において受入れに至らなかった理由について(出口の問題など)
 第二次救急医療機関のあり方について
 中間取りまとめの骨子(案)について

(第6回及び第7回の議論)

中間取りまとめ(案)について

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会

中間とりまとめ

平成 20 年 9 月 22 日

本検討会は、国民が地域で安心して医療を受けられるよう、医療を守り質を高めるために必要な具体的な方策について、国民・患者や現場の視点に立って 7 回 16 時間を超える時間にわたり議論を重ねてきた。

厚生労働省においては、こうした議論を踏まえて、関係省庁とも協力し、下記の事項及び検討会で出された現場の知恵ともいうべき提案について積極的に取り組むことを要請する。

併せて、医療者、特に指導者たる病院長・医学部長等においては、真に国民の信頼を得るため、徹底した情報開示を含めた自浄作用への取り組みが求められる。

更に、医療費の対 GDP 比が OECD30 カ国の中でも 21 位と低い水準にあることを踏まえ、より質の高い医療の実現とそれに必要な医療費のあり方について国民的な議論が行われることを期待する。

1 医師養成数

産科や救急などの診療科では勤務医の不足から厳しい状況におかれ、また、地域によってはその他の診療科も含め医師が不足する事態となっている。こうした勤務医等の待遇等の状況を改善するとともに、さらに医療の質を高めるため、医師養成数については増加させるべきである。

○来年度においては、医学部教育・地域医療に支障を来さないよう配慮しつつ、少なくとも過去最大の医学部定員(8,360人)を上回る程度を目指すべきである。

○我が国の人口 10 万対の医師数は OECD30 カ国中 26 位と低いこと、OECD の平均医師数が我が国のその約 1.5 倍であることも考慮し、医学部教育・地域医療に支障を来さないよう配慮しつつ、将来的には 50%程度医師養成数を増加させることを目指すべきである。その後医師需要をみながら適切に養成数を調整する必要がある。こうした医師需要

を検証する観点から厚生労働省において必要な医師数について推計し直すべきである。その際、少子高齢化の進展や国民の医療に対するニーズや意識が変化していることを踏まえ、あるべき医療の姿もイメージしつつ、高齢化の状況、患者の診療動向、女性医師の増加や働き方に関する意識の変化、医師の勤務実態、世代別の状況、医療提供体制のあり方など様々なパラメータをできるだけ考慮した専門的な推計を行うべきである。

2 医師の偏在と教育

現下の医師不足問題は、診療科の偏在と地域の偏在という「2つの偏在」によって深刻さを増している。国民が地域において確実に必要な医療が受けられるようにするためには、医師の数を増やすだけでなく、こうした偏在の問題に的確に取り組む必要がある。

○診療科の偏在の問題については、特に病院に勤務する医師が減少傾向にある診療科や救急医療においては、時間内でも時間外でも厳しい勤務を求められることが多いことを踏まえて、その働きを評価し、医師が魅力あると思うようなインセンティブを付与することが重要である。外科系の診療科をはじめ医師の技術を適切に評価するため、ドクターフィーについても検討する必要がある。

○地域の偏在の問題については、へき地などで働く医師へのインセンティブの付与、へき地などへ派遣された医師を様々な面でサポートする体制の整備、医学部の定員を増やす場合に地方出身者が地元の医学部に入学しやすくする方策が必要である。また、専門医としての総合医・家庭医の養成とともに、他の専門医が総合医・家庭医となって地域医療を担うようなキャリアパス、再教育のプログラムが必要である。

○当面、上記のインセンティブの一つとして、産科、救急、へき地などで勤務する医師等に対して手当を支給し、その働きを評価すべきである。また、通常の勤務に加え、当直やオンコール対応など厳しい状況に置かれた勤務医の勤務条件を短時間正規雇用などにより改善を図るべきである。

○また、2つの偏在の問題に対応し、また、医療の質を高めていくため、現場の意見を十分聴取・検証し、国民・社会特に患者の声を聞きながら、諸外国の例を参考にしつつ、初期臨床研修制度や専門医トレーニング(後期研修制度)のあり方を見直すべきである。

- より質の高い医師を効果的に養成する観点から、医師の卒前・卒後教育の連携をはじめとした臨床研修制度のあり方について、文部科学省と厚生労働省との合同の検討会を早急に立ち上げ、対策の具体化を図るべきである。

3 コメディカル等の専門性の発揮とチーム医療

よりよい医療を実現するためには、治療にあたるチームを構成する医師のみならず各コメディカルが専門性を発揮していくことが重要である。

- コメディカルが専門性を持ち、キャリアアップできる仕組みが必要であり、そうしたことへのインセンティブの付与や支援が必要である。同時に、コメディカルの数を増加させることについて具体的な検討が必要である。
- チーム医療を実践することや各職種が専門性を発揮し、患者のためのよりよい医療が行われる体制がとられることを前提に、その職種でなくても行いうる業務を他の職種に担わせるスキルミックスを進めるべきである。
- 患者の安全性向上のため、4年制大学への移行も視野に、看護師基礎教育の充実を図るべきである。
- 医療者と患者間の真の協働関係を樹立するためには、医療従事者が全体として、患者の立場を十分に配慮するという施設の「文化」を醸成する必要がある。そのためには管理者の姿勢が重要である。諸外国の例を参考にしながら、医療における院内メディエーターの活用も今後の検討課題とすべきである。

4 地域医療・救急医療体制支援

- 地域医療の担い手の一つとして、専門医としての総合医・家庭医のあり方等について検討を進めるべきである。
- がんなどの在宅医療や看取りまで行う在宅医療・在宅医の専門性を評価すべきである。訪問看護について、医師の標準的指示書や個別的約束指示の下で看護師の裁量性を認めることや、訪問看護のあり方を検討すべきである。

- 地域全体の病院医師や診療所医師の連携を円滑に進め、診療所医師が病院での診療に携わることを進めるためには、病院における医療に対する診療報酬を、ホスピタルフィーとドクターフィーに区別することを検討する必要がある。また、地域全体の病院医師や診療所医師の連携を円滑に進め、患者の入退院・転院を円滑に進めるためには、地域の医療機関における電子カルテの情報共有が必要である。また、医療の透明化を図るため患者が無料で明細書（診療内容がわかる領収書）を受け取ることができるようにする必要がある。

- 救急医療において、患者が適切な医療を受けられるようにするためには、最も重症の者を受け入れる第三次救急の体制を堅固なものとすると同時に、軽症者も含め多くを受け入れている二次救急を支える体制を構築することが重要である。その際、地域医療を現在保っているネットワークを活用するよう、各地域の実情を十分把握する必要がある。
- このため、数多く救急患者を受け入れた医療機関・医師を評価すること、地域によっては二次救急が福祉的なニーズを持った患者を相当数受け入れているケースがあることから福祉関係の行政機関をはじめ関係機関が協力して受け止められる体制を構築すること、医師以外にも適切なトリアージができる看護師を養成すること、が必要である。

- 医療と消防の連携を円滑化し、消防防災ヘリコプターの救急搬送における活用を推進するべきである。

5 患者・住民の参画

- 地域の限られた医療資源を活用し、必要な人が必要な医療を受けられるようにするため、かかりつけ医を持つことを呼びかける、病院受診前に自分の状態をチェックするためのフローチャートを作成・配布する、医療に関する住民主催の勉強会を開催する、といった地域住民による主体的な取り組みが行われている。各地のこうした取り組みを支援し、住民とともに地域医療を守ることが重要である。
- 患者・住民に関わることを決める場合には、患者・住民とともに議論し、考えるという視点が重要である。

精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会
中間報告書

目 次

1. はじめに	1
2. 求められる精神保健福祉士の役割及び必要となる技術	2
(1) この10年間での変化	2
(2) 今後の精神保健福祉士に求められる役割	2
(3) 必要となる技術	4
3. 求められる役割を踏まえた対応	4
(1) 現状と課題	4
(2) 具体的な対応	5
4. 今後の検討について	6
参考	7
○精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会構成員名簿	7
○これまでの検討過程	7

平成 20 年 10 月 21 日

1. はじめに

我が国の精神障害者施策については、長らく精神障害者を医療及び保護の対象として位置づけ、入院処遇を中心として進められてきたことから、精神障害者の長期入院の解消を図り、社会復帰を促進することが精神保健福祉行政の最大の政策課題の一つとして認識されてきた。

このため、精神障害者が社会復帰を果たす上で障害となっている諸問題の解決を図る必要があり、医療的なケアに加えて、退院のための環境整備などについての様々な支援を行う人材として、従来から医療機関及び社会復帰施設において精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的な活動を実践してきた精神科ソーシャルワーカーの国家資格化が求められた。

こうしたことから、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神障害者の社会復帰に関する相談援助を行う者として、平成9年に精神保健福祉士の資格制度が精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）により創設された。

資格制度創設から現在に至るまでのこの10年間に精神保健福祉士を取り巻く環境に変化があったところであるが、その中でも、平成16年9月に精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下「ビジョン」という。）において、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を押し進めるため、地域生活支援体系の再編などを柱に掲げ、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編及び基盤強化の推進により、10年後の解消を図ることとしている。

このビジョンに基づき、これまで精神保健医療福祉に関する施策が実施されてきたところであるが、長期入院患者を中心とした精神障害者の地域移行が十分に進んでいない状況にある。

現在、障害者自立支援法の3年後の見直しに向けた議論が行われているところであるが、特に、精神障害者については、別途検討会を設置し議論が行われており、その中で、精神障害者の地域移行及び地域生活の支援を更に推進していく方向で検討が進められている。

精神障害者が地域において安心して自立した生活を送るためには、「相談支援」、「住」、「生活」及び「活動」の各側面における地域生活支援体制の充実を図る必要があるが、上記の議論においては、特に、今後、「相談支援」の強

化を図ることの重要性が指摘されている。

今後、相談支援の強化を進めていくにあたっては、精神障害者の立場に立ち、権利擁護及び主体性を尊重した相談援助により、これらの地域生活支援を行う専門職である精神保健福祉士が担う役割はますます重要になる。

このような状況の中、本検討会は、平成19年12月から審議を開始し、精神保健福祉士の高い専門性を担保できるような養成の在り方等について、これまでの議論を踏まえて中間的な取りまとめを行うものである。

2. 求められる精神保健福祉士の役割及び必要となる技術

（1）この10年間での変化

前述のとおり、我が国の精神保健福祉行政の最大の政策課題の一つであった長期入院患者を中心とした精神障害者の地域移行を促進するため、地域移行に関する様々な課題の解決を図り、医療とは異なる観点から精神障害者の立場に立ち、社会復帰のために必要な医療的なケア以外の支援を行う人材が求められたことから、医療機関及び社会復帰施設において精神障害者の社会復帰を支援する専門職として精神保健福祉士制度が精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）により創設され、これまで一定の成果をあげてきたところである。

しかしながら、「入院医療中心から地域生活中心へ」という施策の転換が図られているものの、長期入院患者を中心とした精神障害者の地域移行が十分に進んでいない現状にあり、制度創設当時に求められた「精神障害者の社会復帰の支援」を担う役割については、その重要性が一層高まっている。また、その一方で、国民の精神保健の課題にも拡大がみられている。

（2）今後の精神保健福祉士に求められる役割

① 中核の業務として担うべき役割

上記のような背景から、医療機関等におけるチームの一員として精神障害者の地域移行を支援する役割については、今後も精神保健福祉士の重要な役割であり、これに加え、精神障害者の地域生活を支援する役割がより重要となっている。

これらが、精神保健福祉士が精神障害者を支援する専門職として担うべき最も重要な役割であり、具体的な業務としては、

- 援助の方向性を明らかにし、一貫性を保つための援助計画の作成、日常生活能力向上のための指導、生活技能訓練及び退院のための家族環境の調整を行うこと
 - 在宅医療・福祉サービスの調整、住居の確保・日常生活上の能力の向上のための訓練等の居住支援及び就職に向けた相談・求職活動・職業生活上での環境調整等の就労支援を行うこと
 - 地域住民に精神障害者の理解を求めるとともに、他職種・関係機関・ボランティアと連携し、必要な社会資源を整備、開発するための地域づくりを行うこと
- などがある。

② 精神保健の課題の拡大を背景として広がった役割

近年の精神保健の課題の拡大を背景として、職域の拡大や、求められる支援が多様化しており、精神保健福祉士の役割が広がってきた。

(ア) 職域の拡大

- 行政に関する分野では、精神保健福祉センター、保健所に加え、市町村等において、地域の精神保健医療福祉施策を推進する役割
- 司法に関する分野では、心神喪失者等医療観察法における社会復帰調整官及び精神保健参与員、矯正施設等からの地域生活への移行を支援する専門スタッフ
- 教育に関する分野では、学校等において、いじめや不登校、教員の精神疾患罹患者の増加などを背景に環境調整等の支援を行うスクールソーシャルワーカー
- 労働に関する分野では、精神疾患により休職中の者の職場復帰支援を行う産業保健スタッフ、ハローワークにおいて、精神障害者の求職者に対して、就労支援を行う精神障害者就職サポーターなど職域の広がりがみられる。

(イ) 求められる支援の多様化

- 従来からの統合失調症への対応のみならず、各々の疾患及びそれに伴う生活上の課題に対して、固有の特性を踏まえた適切な対応が求められており、例えば、
- 様々なストレスに関連する障害や、社会経済状況等を背景として大きく増加しているうつ病等の気分障害
 - 人口の高齢化の進行に伴い、大きな社会問題となっている認知症

- 人口に占める割合は高いにもかかわらず、これまで十分な対応がされてこなかった発達障害などへの対応が求められている。

なお、精神保健福祉士についても、その他の関係職種と同様に、行政機関等と協力して、国民の精神保健の向上に資する予防及び普及啓発活動に関する取組を行うことへの期待もある。

(3) 必要となる技術

上記の役割を適切に遂行するために、従来からの相談援助技術に加え、包括的な相談援助を行うための関連援助技術として、

- 多様化するニーズに対し、適切なサービスに結びつけ調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保するためのケアマネジメント
- 相談内容に関し適切に問題を解決するために、他の分野の専門家との助言に基づくコンサルテーション
- 人的・物的資源の連携により、提供するサービスの充実や効率化、継続性の確保などのためのチームアプローチ及びネットワーキングなどの技術が必要となってきた。

また、職務を遂行するにあたっては、精神障害者の人権を尊重し、誠実に努めることが求められている。

3. 求められる役割を踏まえた対応

(1) 現状と課題

- ① 長期入院患者を中心とした精神障害者の地域移行を更に促進するとともに、安心して地域で暮らせるための支援が求められている。
- ② また、精神障害者の地域生活を支援するにあたり、医療・福祉・就労など多様な精神障害者等のニーズに対応したサービスを効果的に提供することが求められている。
- ③ 精神保健福祉士を取り巻く環境や求められる役割について変化があったが、これまで、この変化に対応した精神保健福祉士としての必要な知識及び技術が習得できるようなカリキュラムへの見直しが行われていない

い。

- ④ なお、カリキュラムの見直しにあたっては、特に相談援助にかかる技術を習得する実習・演習の充実を図り、その実践力を高める必要がある。
- ⑤ 精神保健福祉士を取り巻く環境について、今後に変化することがあり得るが、精神障害者等からのニーズに応じ、常に適切な支援を提供するためには、資格取得後の資質の向上が必要である。

(2) 具体的な対応

上記の現状と課題を踏まえ、行政、医療機関、障害福祉サービス事業所、教育機関、職能団体等においては、それぞれが連携を図りつつ、以下のとおり具体的な対応を図るべきである。

① 精神保健福祉士の役割の理解の深化

現行の法律においては、精神保健福祉士は精神障害者の社会復帰の支援を担う者とされているが、これに加え、精神障害者の地域生活の支援を担う者であることについて明示すべきである。

さらに、これらの職務を遂行するにあたっては、精神障害者の人権を尊重し、誠実に努めることについても明示すべきである。

その上で、この役割を適切に遂行できる人材を養成することを目標とした教育を行うべきである。

② 他職種・関係機関との連携の重要性の明示

医療・福祉・就労など多様化するニーズに対応するためには、それらの領域の専門職種・関係機関と連携を図りながら効果的に支援することが必要となるが、現行の法律では、医療関係職種との連携を図ることについてのみ規定されていることから、これに加え、福祉・労働・司法・教育などの様々な領域の専門職種・関係機関との連携を図ることについても明示すべきである。

その上で、他職種・関係機関との連携を実践できることを目標として必要な知識及び技術について教育を行うべきである。

③ カリキュラムの充実

精神保健福祉士の役割及び他職種・関係機関との連携を含め、今後、精神保健福祉士が中核の業務として担うべき役割である、精神障害者の社会復帰の促進を図り、地域生活を支援していく上で必要となる知識及び技術については不可欠なものとして重点的に、さらに、職域の拡大や

求められる支援の多様化に伴い拡がった役割についても基礎的な知識を習得できるよう、カリキュラムを充実させるべきである。

④ 実習・演習にかかる水準の確保

- 精神保健福祉士の実践力を高めるため、養成施設における養成課程について、時間数の増や教育内容の充実を図るとともに、保健福祉系大学等における養成課程についても、養成施設と同程度の水準を確保すべきである。
- 精神科病院等の医療機関での現場実習が極めて重要であることから、必須とすべきである。
- 保健福祉系大学等及び養成施設の教員の質を高めるとともに、実習先の指導者の質についても高める必要がある。

⑤ 資格取得後の資質の向上

- 資格取得後の資質の向上については、資格を有する者の意識によるところが大きいことから、法律上明示し、資格を有する者に対し、その重要性についての意識の醸成を促すべきである。
- 自己の研鑽のみならず、職能団体としても資質の向上のための卒後研修等に積極的に取り組むべきである。
- 行政、医療機関、障害福祉サービス事業所、教育機関等においては、資質の向上のための機会を提供するなどの支援に努めるべきである。

4. 今後の検討について

本検討会は、精神保健福祉士制度創設からの精神保健医療福祉分野を取り巻く環境の変化を踏まえ、今後の精神保健福祉士に求められる役割を明らかにするため、精力的に議論を行ってきた。

今後、本中間報告を踏まえ、より優れた人材の養成や、精神障害者に対する支援の一層の充実に向け、求められる精神保健福祉士を養成していくために必要となるカリキュラムについての検討を行っていく。

なお、カリキュラムの具体的な検討にあたっては、ワーキングチームを設置し、検討会での議論を踏まえ、検討を行うこととする。

参 考

○精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会構成員名簿

- 石川 到覚 大正大学人間学部 教授
 大塚 淳子 社団法人日本精神保健福祉士協会 常務理事
 鹿島 晴雄 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室 教授
 ◎ 京極 高宣 国立社会保障・人口問題研究所 所長
 新保 祐元 東京成徳大学応用心理学部 教授
 谷野 亮爾 社団法人日本精神科病院協会 副会長
 寺谷 隆子 山梨県立大学人間福祉学部 教授
 古川 孝順 東洋大学ライフデザイン学部 学部長

◎ 座長（構成員の記載は五十音順、役職等は平成20年10月1日現在）

○これまでの検討過程

回	開催日	議 題
第1回	平成19年12月19日	○ 精神保健福祉士の現状について ○ 精神保健福祉士と社会福祉士の共通科目について
第2回	平成20年3月13日	○ 精神保健福祉士と社会福祉士の共通科目について
第3回	平成20年7月11日	○ 求められる精神保健福祉士の役割について
第4回	平成20年8月29日	○ 求められる精神保健福祉士の役割について ○ 求められる役割を踏まえた対応について
第5回	平成20年9月29日	○ 精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会中間報告書について
第6回	平成20年10月14日	○ 精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会中間報告書について

社会保障国民会議 最終報告

目次

平成20年11月4日
社会保障国民会議

社会保障国民会議 最終報告

平成20年11月4日
社会保障国民会議

1 最終報告の位置付け	1
2 これからの社会保障 ～ 中間報告が示す道筋 ～	1
1 社会保障国民会議における議論の出発点	1
(1) 国民の安全と安心を支える社会保障	1
(2) 時代の要請・社会の変化に応える社会保障	1
(3) 全ての国民が参加し支える、国民の信頼に足る社会保障	1
(4) 国と地方が協働して支える社会保障	2
2 社会保障改革の基本的視点	2
3 社会保障の機能強化のための改革	2
(1) 社会保障の制度設計に際しての基本的な考え方	2
(2) 社会保障を支える基盤の充実	3
(3) 高齢期の所得保障	3
(4) 医療・介護・福祉サービスの改革	4
(5) 少子化・次世代育成支援対策	5
(6) セーフティネット機能の強化	5
(7) 制度に対する信頼の回復・国民目線に立った改革の実施	6
3 中間報告後の議論	6
(1) 低所得者対策	6
(2) 能力開発政策	7
(3) 医療・介護費用のシミュレーション	8
(4) 少子化対策の意義と課題	9
(5) 新たな制度体系構築に向けた基本的視点	9