

社団法人日本精神保健福祉士協会

精神保健福祉士

業務指針及び業務分類

第1版

社団法人日本精神保健福祉士協会

本業務指針及び業務分類の策定にあたって

本協会は、2004年6月の法人設立以来、精神保健福祉士の資質の向上と精神保健福祉士に関する普及啓発等を大きな事業の柱として、この間さまざまな課題に取り組んできた。その多くは、前身である日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会及び日本精神保健福祉士協会（任意団体）の時代に培われた専門職倫理や組織活動における基本方針を礎として展開してきたものであった。「社団法人日本精神保健福祉士協会倫理綱領」についても、任意団体当時の1988年に制定され2003年に最終改訂された倫理綱領を、社団法人化の後にあらためて採択したものである。

一方業務指針については、1989年に「精神科ソーシャルワーカー業務指針」が採択され、長年にわたり本協会構成員に親しまれてきた。しかしながら、採択当時と現在とでは、精神保健福祉領域のソーシャルワーカーを取り巻く社会状況が大きく変化しており、精神保健福祉士の活動領域や求められる役割も拡がりを見せていく。

このため、本協会は新しい業務指針を策定すべく、「精神保健福祉士業務指針」提案委員会による「精神保健福祉士業務分類及び業務指針作成に関する報告書」（2008年3月）を受けて、2009年6月に「精神保健福祉士業務指針」作成委員会を設置し、この度ようやく「精神保健福祉士業務指針及び業務分類第1版」の素案が取りまとめられた。

このたび、第7回通常総会（2010年6月4日）において「精神保健福祉士業務指針及び業務分類第1版」が採択された。これは、作成委員会による素案を理事会において一部修正したうえで提案したものである。なお、「精神保健福祉士業務指針」提案委員会報告書においては、「各分野における業務指針」として教育機関、産業精神保健、認知症高齢者支援の業務指針も示されていたものの、作成委員会においてその内容を十分に吟味できなかつたこともあり、広がりつつある他の分野も含めて、第2版以降の今後の改訂作業に委ねることとした。

2010年6月

社団法人日本精神保健福祉士協会

はじめに

「精神保健福祉士業務指針及び業務分類（第1版）」（以下「本指針」と略す）の作成は、難渋を極めた。協会構成員各位には、本指針が、現時点における暫定的なまとめであることに留意されたい。本指針に記述されている内容は、今後、各地の精神保健福祉士の実践を通して検証され、協会構成員の議論を経て改訂されていくことを前提としている。

精神保健福祉領域のソーシャルワーカー（以下、「PSW」という）の業務指針としては、本協会の前身である日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会において、21年前（1989年）に採択された「精神科ソーシャルワーカー業務指針」（以下、「旧指針」と略す）以来の改訂作業となる。旧指針では、その後のPSWの活動領域の拡がりを、もはや包摂できなくなつたことが本指針を新たに作成しなければならなくなつた主な理由である。1997年の精神保健福祉士法制定によるPSW国家資格化により、精神保健福祉士の社会的認知と活動領域は一気に拡がった。精神保健福祉士の国家資格登録者は現在4万3千人を超えており、旧指針が前提としていた医療機関に所属する精神保健福祉士の割合は年々減少している。精神保健福祉士の先達らが、国家資格化以前から積み上げてきた歴史的経緯を踏まえつつ、時代に即した業務指針を創り上げていく必要に、協会は迫られていた。

本指針の作成作業は、2006（平成18）年8月に設置された「業務指針提案委員会」（委員長：相川章子）に始まる。およそ1年半にわたる議論を経て本指針の骨格が提案された。2009年（平成21年）3月より発足した「業務指針作成委員会」（委員長：古屋龍太）は、この提案委員会報告をベースに据えながら、精神保健福祉士の現場の実務に照らして一部構成を組み替え、ここに業務指針として整理した。

業務指針は、常にわれわれの業務の実態から導き出された専門性の到達点であるとともに、専門職種として目指されるべき目標と方途を示すものである。指針はあくまでも「ガイドライン」であって「マニュアル」ではない。実務に即した「精神保健福祉士業務マニュアル」と称するべきものは、今後さらに広範な実践現場の意見を踏まえながら構築していくべきものであろう。協会構成員各位には、本指針の本文中に盛り込まれた一言一句を吟味検討して頂き、より時代状況に即した指針の作成にご協力を頂きたい。

本指針案の提出をもって、業務指針作成委員会はその任を解かれ、議論は協会全体に引き継がれていくこととなる。協会構成員の熱い議論を経て、本指針が新たな委員会のもとで「第2版」「第3版」とバージョンアップしていくことを願っている。本指針が、それぞれの現場で奮闘している精神保健福祉士にとって、文字通りなにがしかの「指針」になれば、委員会一同、これにまさる喜びはない。

2010年3月3日

「精神保健福祉士業務指針」作成委員会 委員長 古屋 龍太

目次

本業務指針及び業務分類の策定にあたって
はじめに

第Ⅰ部 精神保健福祉士の基盤と業務指針の位置	1
1. 精神保健福祉士をめぐる社会状況	2
(1) 精神保健福祉をめぐる状況	2
(2) ソーシャルワーカーを取り巻く社会状況	4
(3) 本協会における業務指針策定経過	4
(4) ソーシャルワーカーの業務指針をめぐる動向	6
2. 精神保健福祉士の視点及び特性	9
3. 精神保健福祉士としての理念	14
4. 業務指針の目的	15
5. 業務指針の位置づけ	17
第Ⅱ部 精神保健福祉士の機能及び業務分類	18
1. 精神保健福祉士実践に関する分類基準	19
(1) 精神保健福祉士の業務特性に関する整理	20
2. 精神保健福祉士の機能及び業務分類	22
A. 対象	22
B. 主要な課題	22
C. 主要な機能、提供されるサービス	23
D. 具体的な方法	24
E. 機能及び業務	25
第Ⅲ部 精神保健福祉士の各分野における業務指針	34
1. 精神保健福祉士が活動する分野	35
2. 用語の解説と定義	37
3. 各分野の業務指針	46
(1) 地域生活支援における業務指針	46
(2) 医療機関における業務指針	52
(3) 行政機関における業務指針	58

第IV部 業務指針の検討経過と今後の課題	64
1. 本指針の全体構成と活用の仕方	65
2. 提案委員会：「業務指針」作成の手順.....	67
3. 今後の課題	70
(1) 本指針が盛り込めなかった今後の課題.....	70
4. 用語の整理及び概念規定	74
おわりに.....	75
参考文献一覧.....	76

第Ⅰ部

**精神保健福祉士の基盤と
業務指針の位置**

1. 精神保健福祉士をめぐる社会状況

(1) 精神保健福祉をめぐる状況

わが国は今日、急速な少子高齢化に伴う人口減少社会の到来と、経済のグローバル化に伴う急激な経済構造の環境変化の最中にある。新自由主義政策による格差社会の到来に加え、リーマンショック以降の戦後未曾有の大不況の中、右肩上がりの経済成長は期待できなくなり、社会保障制度の持続可能性も危うくなりつつある。

これらの環境変化に伴う国民の生活不安の高まりを反映し、自殺者総数は 1998(平成 10) 年以降連續して 3 万人を超えるなど、国民の精神的健康に深刻な影を落としている。現在わが国的精神疾患患者は 323.3 万人で、1999(平成 11) 年以降、精神科外来患者が急増しており、わずか 9 年間で 170 万人から 282 万人に増加している。とりわけうつ病を含む気分(感情)障害が最多(36%) を占めており、気分障害は 143% 増、認知症は 225% 増(1999 年度→2005 年度比) と 2 倍以上の受診者数になっている。

国民の精神的健康は危機的状況を迎えており、従来の統合失調症をはじめとした精神障害者に対する支援に加え、より広範囲なメンタルヘルス領域での対応を迫られている。しかし、未だにわが国的精神保健福祉領域への国民の関心度は低く、精神障害者に対するステigma も払拭されることなく根強く残っている。

1988(昭和 63) 年の国際法律家委員会(ICJ) レポートでは「精神病のステigma は日本社会において伝統的に広く流布しており、現在でもまだ浸透しているが、最近の十年間では減少しているように見受けられる」とある。2004(平成 16) 年に出された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において達成目標の一つに国民意識の変革をあげ、「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を 90% 以上とする」達成目標が掲げられた。少しずつ精神疾患は国民に身近な病気となりつつあるものの、精神障害者の権利擁護の姿勢は、依然として精神保健福祉士にとって核となる課題である。

一方、戦後年々増加を続けてきた精神科入院患者数は、1991(平成 3) 年の 34 万 9190 人をピークにようやく減少に転じた。「入院医療中心から地域生活中心へ」という国の精神保健福祉施策の転換により、度重なる法改正を経て、徐々に地域での支援資源が拡充してきた。しかし、一方で精神科病床が大幅に減るということではなく、精神科病院には長期在院患者があふれているという状況が続いている。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、精神科病床の機能分化を進め、精神障害者の地域生活支援策を強化することにより、受入条件が整えば退院可能な精神障害者の 10 年後の解消を掲げた。2006(平成 18) 年の障害者自立支援法に基づいて、都道府県及び市町村に障害福祉計画策定を義務づけ、2011(平成 23) 年度までの「受入条件が整えば退院可能な患者数」の削減目標設定が課され、全国

の入院患者数 32 万 9 千人のうち 6 万 9 千人（21.5%）が推計値とされた。

これらの状況に対して国は、2006（平成 18）年には、早期退院を支援するための基準病床数の算定式の見直しを行うなど、精神科医療の見直しを進めている。2008 年度の診療報酬改定においても、急性期短期入院の評価への重点化、病院の地域生活移行への取り組みの評価を行うなど、経済的誘導による退院促進を図っている。大阪府で 2000（平成 12）年度からスタートした「社会的入院解消事業」の取り組みを参考に、国は 2003（平成 15）年度に「精神障害者退院促進支援事業」を開始し、2008（平成 20）年度よりこれを見直し「精神障害者地域移行支援特別対策事業」として、各都道府県での展開を促すこととなった。しかし、2008 年度末での同事業の退院者数は、全国で 2000 名余に止まり、精神科病床数の大きな変化は得られてない。

一方、精神保健福祉サービス利用者本人とその家族や周囲の人々それぞれにとってのより自分らしい生活をするためのメンタルヘルス面での支援が重要となっている。医療も保健、福祉も可能な限り地域で行えるような環境創り、さらに、利用者とその人を取り巻くさまざまな年代の人びとの心の健康と自己実現を考える時、精神保健福祉士の活動領域は多岐にわたってきている。そこでライフサイクルに応じたメンタルヘルスに関わる専門職として精神保健福祉士の活動領域はますます多岐化してきている。

すなわち、胎生期、産褥期、乳幼児期、学童期、思春期、中高年期、高齢期など家族成員が直面している各ライフサイクルの課題に家族としてまた地域、ひいては政策レベルでいかに安心して質の高いその人らしい暮らしがそれでお互いに可能となるように支えていけるのか。また、子育て支援、虐待（児童、高齢者、障害者、配偶者間、デイトレイプ）対応、引きこもり・ニート支援、薬物・アルコール依存等アディクションへの対応、産業分野でのメンタルヘルス支援、低所得者支援、司法領域での支援、認知症疾患患者と家族の支援、自殺予防、農村地域への対応、災害支援などその時々の社会現象に呼応した精神保健福祉的生活支援の可能性がある。

その一方で 2006（平成 18）年施行の障害者自立支援法では障害福祉サービスの利用について原則その費用の 1 割の自己負担（応益負担）が導入された。たまたま精神障害を抱えている人が「ごく当たり前に社会で生活する」ことを支援することが精神保健福祉士にも問われている。2005（平成 17）年心神喪失者等医療観察法施行による処遇計画、2006（平成 18）年障害者自立支援法施行によるサービス利用の相談支援、個別支援計画、就労支援計画、など、近年サービス利用に関する支援に精神保健福祉士も関わってくるようになってきている。障害程度区分認定審査会等の行政審査会等委員、社会福祉協議会の日常生活自立支援事業や運営適正化委員会などにも参加してきている。

(2) ソーシャルワーカーを取り巻く社会状況

近年の社会状況の変化はめまぐるしい。核家族化による育児ストレスや虐待の問題の顕在化、単身高齢世帯の急増、学校教育問題として不登校や学級崩壊、就労問題として非正規雇用の拡大に伴う派遣労働者とネットカフェ難民の増大など、新たな社会的問題が生じてきている。また超高齢社会の中で、老老介護や介護うつの課題等、社会状況の変化によってもたらされた福祉支援ニーズも多い。

社会状況の変化によって人々の福祉支援ニーズは変化し、それによってソーシャルワーカー業務も変化していく。ニーズの変化によって新たにサービスや制度等の社会資源等が創設され、ソーシャルワーカーが配置されることによって職域が拡大されつつある。

制度的には、1990（平成2）年の老人福祉法等社会福祉関係8法改正、1997（平成9）年成立した介護保険法によって、措置から契約へと福祉サービス提供のパラダイムの転換がなされた。2000（平成12）年の社会福祉法により社会福祉基礎構造改革に基づく福祉サービスの利用に関して「措置」から「契約」に移行し、同年の民法改正により成年後見制度が、その前年から地域福祉権利擁護事業がスタートしている。

その流れをうけ、2005（平成17）年に障害者自立支援法が成立し、2006（平成18）年度から3障害が一本化され障害者の生活支援が地域で包括的に実施されることとなった。同時に自己負担の導入等さまざまな課題とともに、これまで精神保健福祉法に位置づけられた社会復帰施設の廃止によって、精神保健福祉士の必置義務も削除され、障害者自立支援法の中では精神保健福祉士の義務付けがなされないままである。新法による財政基盤の不安定さに加え、地域を基盤としてサービスを提供する精神保健福祉士の職域に大きな影響を与えるものとなっている。

2009年の政権交代による民主党政権の誕生により、障害者領域の施策は大きな方向転換を迎える。当事者が委員の過半数を占める「障がい者施策改革推進会議」が設置され、障害者自立支援法の廃止を射程に入れた今後の改革の方途を検討し始めた。障害者の呼称や、障害者基本法の抜本的改正、障害者条約の批准等の課題と合わせ、精神医療の改善を含めた精神保健福祉領域も議論の俎上に載ってくる。精神保健福祉士が、その主要な担い手と目されていることは意識しておきたい。

(3) 本協会における業務指針策定経過

日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会（現、日本精神保健福祉士協会）は、1982（昭和57）年に札幌宣言にて「精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動を進める」ことを業務の基本方針とした。1985（昭和60）年には「PSW業務指針と業務内容の標準化の構築」のため業務検討委員会が設置され、北海道支部が業務統計調査を行

った。当時の本協会会員は医療分野の精神科ソーシャルワーカーが多く、東京都衛生局病院管理部業務検討委員会が作成した「MSW・PSW 業務分類表」を高く評価し、一部の修正はあるもののほぼこの業務分類表にしたがって業務統計調査を行った。業務統計調査は 1987（昭和 62）年から 1991（平成 3）年の 5 年間実施され、北海道、北陸を経て、1991（平成 3）年に岡山県支部に引き継がれた。1994（平成 6）年には岡山県支部により調査報告書が取りまとめられている。その後 1999（平成 11）年東海支部が引き継いで実施されてきた。

この業務統計調査と平行して 1988（昭和 63）年に、本協会業務検討委員会が「精神科ソーシャルワーカー業務指針」を提示し、その後 1989（平成元）年 7 月 7 日総会にて採択をされている。これは本協会として精神科ソーシャルワーカーの業務を内外に示す礎となつた。しかしながらこの指針は医療機関で働く精神科ソーシャルワーカーの業務が中心となっていたため、その後、多岐にわたる職域の拡大に対応すべく新しい業務指針の策定が望まれるようになった。

職域拡大の背景としては、まずは 1987（昭和 62）年精神保健法の改正に伴つて、精神障害者社会復帰施設が法定化され、精神障害者生活訓練施設（援護寮）、精神障害者授産施設、精神障害者福祉工場、精神障害者地域生活支援センターには「精神科ソーシャルワーカーを一名以上おかなければならない」という必置義務が明文化されたことが挙げられる。それによって、その後全国の精神障害者社会復帰施設において精神科ソーシャルワーカーの配置がすすんだ。

1997（平成 9）年に精神保健福祉士法が制定され、精神科ソーシャルワーカーは精神保健福祉士として国家資格化された。それにともなつて、日本精神科ソーシャルワーカー協会は、1999（平成 11）年に「日本精神保健福祉士協会」と名称変更し、2004（平成 16）年には社団法人化し、「社団法人日本精神保健福祉士協会」と改組した。

期を同じくして、地方分権化の流れや 1999（平成 11）年の精神保健福祉法改正により、精神保健福祉業務が都道府県から市町村へ一部委譲された。それにともなつて、精神保健福祉士を採用する市町村もみられるようになった。さらに 2003（平成 15）年に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行つた者の医療及び観察等に関する法律」（以下、心神喪失等医療観察法）が成立し、法内に新たに位置づけられた社会復帰調整官や精神保健參與員等、司法の場で働く精神保健福祉士が誕生することとなった。

本協会業務検討委員会によって 2000（平成 12）年に全国調査のプレテストとして愛知県内での精神保健福祉士業務統計調査（2001（平成 13）年に「精神保健福祉士業務に関する報告書—愛知県における調査」を作成）を、翌年 2001（平成 13）年に全国の精神保健福祉士業務統計調査を実施（日本精神保健福祉士協会）し、2004（平成 16）年に「日本精神保健福祉士協会会員に関する業務統計調査報告（平成 13 年 10 月全国調査）」として報告書にまとめた。そのなかで、1989（平成元）年総会採択された「精神科ソーシャル

「ワーカー業務指針」は医療機関の業務を中心に作成されたものであるため、多岐にわたつてきている精神保健福祉士の実態に即した業務指針の見直しが必要であることが示された。委員会は、業務指針の改定を試み、2006年1月14日に業務検討委員会中間報告案（未定稿）を提出した。その後業務検討委員会は、富山県支部を中心とする委員により2007年度に二次にわたる「精神保健福祉士の業務実態に関する調査」を実施し、2009年3月にその報告書をまとめている。また、業務指針策定については業務指針提案委員会へと委託された。

提案委員会は1年半にわたり広範な議論を展開し、アンケート調査の実施などを経て、2008年3月に「精神保健福祉士業務分類及び業務指針作成に関する報告書」をまとめた。報告書は、新しい業務指針案の叩き台とされ、検討は2009年6月からスタートした「精神保健福祉士業務指針」作成委員会に引き継がれた。

（4）ソーシャルワーカーの業務指針をめぐる動向

ソーシャルワーカーの業務指針等の策定にあたっては、それらの業務を遂行する上の基盤となる理念及び視点である倫理綱領は欠かせない。ここで、これまでのわが国におけるソーシャルワークの業務指針及び倫理綱領の策定をめぐる動向を概観しておく。

ソーシャルワークの業務に関する動向としては、1961（昭和36）年にはすでに「医療ソーシャルワーカー倫理綱領」（社団法人日本医療社会事業協会）が策定されていた。その後、1986（昭和61）年に「日本ソーシャルワーカー協会倫理綱領」が策定され、翌1987（昭和62）年に社会福祉士及び介護福祉士法が制定された。同年には、東京都衛生局病院管理部業務検討委員会によって「MSW・PSW業務分類表」が作成されている。時を同じくして、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会も1988（昭和63）年に「精神科ソーシャルワーカー倫理綱領」（倫理綱領委員会）の策定、翌年1989（平成元）年には精神科ソーシャルワーカー業務指針も総会採択されている。

医療ソーシャルワーカー業務指針は、1988年に厚生省健康政策局（当時）が設置した「医療ソーシャルワーカー業務指針検討会」において検討が行われ、1989（平成元）年に同検討会報告書として取りまとめられた。また、2002（平成14）年には改訂医療ソーシャルワーカー業務指針を発表している。医療ソーシャルワーカー倫理綱領については、社団法人日本医療社会事業協会が1961（昭和36）年に策定の後、2007（平成19）年に新たに「医療ソーシャルワーカー倫理綱領」を制定した。

2005（平成17）年には、社会福祉専門職団体協議会（日本ソーシャルワーカー協会、日本医療社会事業協会、日本社会福祉士会、日本精神保健福祉士協会の4団体で構成）において、わが国のソーシャルワーカーに共通の「ソーシャルワーカーの倫理綱領」が作成

され、各団体がそれぞれ採択及び承認をしている。同年、社団法人日本社会福祉士会では、「社会福祉士の行動規範」を加えて「社会福祉士の倫理綱領」が採択された。また、社団法人日本医療社会事業協会では、「ソーシャルワーカーの倫理綱領」を承認した後、2007（平成19）年に新たに「医療ソーシャルワーカー倫理綱領」を制定した。

一方で、1982（昭和 57）年に発足をした全国精神保健福祉相談員会によって、1992（平成 4）年から 1998（平成 10）年に「地域精神保健福祉実務実践シリーズ」全 4 卷が刊行され、行政による精神保健福祉業務をまとめられた。その後、法制度の改定、社会的状況の変化により精神保健福祉業務が大きく変化してきたことに伴って、2003（平成 15）年に全国の都道府県及び市町村において専任で精神保健福祉業務に従事している職員の実態調査を実施（全国精神保健福祉相談員会）し、それを基に 2006（平成 18）年、『精神保健福祉相談ハンドブック』を全国精神保健福祉相談員会は発行している。

以上のように、各専門職能団体ともに、それぞれ倫理綱領と業務指針を掲げてきている。本協会の新たな業務指針を検討するにあたっても、当然、上記の他団体の公表しているもの等も参考にしている。

<日本におけるソーシャルワーク業務をめぐる動向（年表）> *太字は本協会動向

1961（昭和 36）年	「医療ソーシャルワーカー倫理綱領」（日本医療社会事業協会） ⇒2007 年「医療ソーシャルワーカーの倫理綱領」
1964（昭和 39）年	日本精神医学ソーシャルワーカー協会設立
1982（昭和 57）年	全国精神保健福祉相談員会発足
1986（昭和 61）年	「日本ソーシャルワーカー協会倫理綱領」
1987（昭和 62）年	社会福祉士及び介護福祉士法制定
1988（昭和 63）年	「精神科ソーシャルワーカー倫理綱領」 「精神科ソーシャルワーカー業務指針」提案（業務検討委員会）
1989（平成元）年	「医療ソーシャルワーカー業務指針」（医療ソーシャルワーカー業務指針検討会報告書、厚生省健康政策局長通知） 「精神科ソーシャルワーカー業務指針」総会採択
1992（平成 4）年～	「地域精神保健福祉実務実践シリーズ」全 4 卷刊行
1998（平成 10）年	（全国精神保健福祉相談員会）
1995（平成 7）年	「ソーシャルワーカーの倫理綱領」（社会福祉専門職団体協議会作成、日本ソーシャルワーカー協会承認、日本社会福祉士会採択、日本医療社会事業協会承認、日本精神保健福祉士協会承認）
1997（平成 9）年	精神保健福祉士法制定
1999（平成 11）年	「日本精神保健福祉士協会」へ名称変更

2000（平成12）年	全国調査のプレテストとして愛知県内でのP S W業務統計調査を実施
2001（平成13）年	「精神保健福祉士業務に関する報告書—愛知県における調査」を作成 全国の精神保健福祉士業務統計調査を実施 ⇒2004年報告書発行
2002（平成14）年	医療ソーシャルワーカー業務指針改訂（医療ソーシャルワーカー業務指針検討委員会報告書、厚生労働省保健局長通知）
2003（平成15）年	全国の都道府県及び市町村において専任で精神保健福祉業務に従事している職員の実態調査を実施（全国精神保健福祉相談員会）
2004（平成16）年	日本精神保健福祉士協会会員に関する業務統計調査報告（平成13年10月全国調査） 「社団法人日本精神保健福祉士協会」設立許可（6月1日）
2005（平成17）年	「社会福祉士の倫理綱領」「社会福祉士の行動規範」（日本社会福祉士協会）
2006（平成18）年	業務検討委員会中間報告案（未定稿）（1月14日） 『精神保健福祉相談ハンドブック』発行（全国精神保健福祉相談員会） 業務指針提案委員会（委員長：相川章子）発足
2007（平成19）年	医療ソーシャルワーカーの倫理綱領（日本医療社会事業協会）
2008（平成20）年	新業務指針及び業務分類を構成員に提示
2009（平成21）年	業務検討委員会「精神保健福祉士の業務実態に関する報告書」 業務指針作成委員会（委員長：古屋龍太）発足
2010（平成22）年	「精神保健福祉士業務指針及び業務分類」（第1版）を提示

2. 精神保健福祉士の視点及び特性

日本精神保健福祉士協会の前身である日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会が、1964（昭和 39）年に設立された際「精神医学ソーシャル・ワークは学問の体系を社会福祉学に置くことが設立趣意書に記された。精神保健福祉の理論・実践・価値の基本は、すべて社会福祉学に基盤を置くものである。精神保健福祉士は、社会福祉学に依拠した専門職であり、ソーシャルワークの理論、価値にもとづき、「すべての人が人間としての尊厳を有し、価値ある存在であり、平等であることを認識」し、「社会福祉の推進とサービス利用者の自己実現をめざす専門職である」（「ソーシャルワーカーの倫理綱領」より、2006（平成 18）年 6 月本協会承認）。

したがって、精神保健福祉士はソーシャルワーカーとしての視点に立って、日々の業務に向き合っている。ソーシャルワーカーの基本的視点は、主に以下の三つであろう。

- ① 利用者の権利の擁護
- ② ソーシャルワーカーとしての自己の先入観や偏見を排し、利用者を受容する
- ③ 利用者の援助にあたっては、利用者の利益を最優先する

さらに、精神保健福祉の利用者が抱える特殊な問題・課題に対するソーシャルワーカーとしての視点がこれに加わる。精神保健福祉分野、とりわけわが国的精神科医療現場には、長期にわたって「人間としての尊厳」が無視され、権利が侵害されてきた隔離収容の処遇の歴史がある。長期在院患者の退院・地域移行は、今日に至るまで取り組まれているものの、進展しておらず、利用者のパワレス状態が引き起こされている。その改善を図るために重要な精神保健福祉士の視点として、特に重要なものを 3 点挙げる。

①主体性の回復

人は、自分のことは、他者に強制されるのではなく自分の考える方針・方法で日常生活や将来の生き方を決めるなどを欲し、また決定できるはずである。精神保健福祉利用者が自己決定できなかった環境や状況を改善し、主体性を回復しあるいは再構築することを精神保健福祉士は重視する。

②安心して居られる場や所属できる場や信頼できる人の獲得

精神保健福祉利用者は、これまで安心して居られる場所や信頼できる人を得ることが出来なかつた人が多い。そこで、安心できる場、仲間を得ること、社会から疎外されている存在から、社会の一員として所属感が得られる場が必要である。また、信頼できる人として、当然ソーシャルワーカーがその役割を果たし、また、そういう人・場を増やすことが重要である。

③ピアサポート

長い間、精神保健福祉利用者は、主体的生き方の困難な人、援助者・支援者の支援が必

要な人として遇されてきた。しかし、当事者同士の相互支援・サポートが彼等の生活に大きな影響を持っており、ピアサポートの必要性・重要性が認識されている。ソーシャルワーカーは、むしろ、後方でピアサポート活動やピアサポートグループを支援する役割をとる姿勢が必要といえる。

今日、精神保健福祉士が関わる対象は、従来のような精神科医療機関や地域における生活支援サービスの利用者とその家族に限らない。その人たちを取り巻く人々や国民、そして社会環境についていくことによって精神障害者に対する理解が深まることを通して、精神障害者自身の社会活動への参加がより可能となることを目指している。すなわち、メンタルヘルスにおける精神障害の予防と治療、そして国民一人ひとりの精神的健康の保持・向上に向けた諸活動に対して、また精神疾患や不適応状態を起こしていると思われる場合に、その背後にある社会的環境との関連をも見据えて、ライフステージのすべての段階において全人的な復権を目指す関わりを行う一専門職として精神保健福祉士が関わっていくことを求められている。

ライフサイクルに関連して、E.H.エリクソンの述べる乳児期から老年期までの8つの心理社会的発達段階の各段階にはそれぞれ解決すべき発達課題があり、人は社会的環境との交わりの過程のなかで社会的な人間になってゆくとすれば、そこに焦点をあてた精神保健福祉的支援の可能性が考えられる。またB.S.ラウントリーのライフサイクル研究のように「出生・成長・老衰・死亡など人の一生を、労働・結婚・出産・子どもの成育など家族を含めた生活現象のサイクルや変化ととらえる」とすると、そこで個々人の年齢や発達に添った課題やニーズに呼応した適切な機関との連携や協力が必要となり、そこに精神保健福祉士の生活支援の役割が期待される。

これらを踏まえ、精神保健福祉士は、利用者とその人を取り巻く環境や政策などについて「人と状況の全体関連性」という視点でとらえ、また、利用者とその家族がライフサイクルのどの位置にいるのか、そしてその人と家族を取り巻く地域社会の成熟度を的確に把握して、ニーズと課題を抽出し、ケア計画を実行して見直すというように、ケアマネジメントの手法を使って複合レベルのアプローチによりその人らしい地域での当たり前の暮らしに向かって日常業務を行うという方向性を持っている。

精神保健福祉士がソーシャルワーク業務を展開するにあたり、どの業務にも共通して貫かれなければならない視点を下記に挙げる。

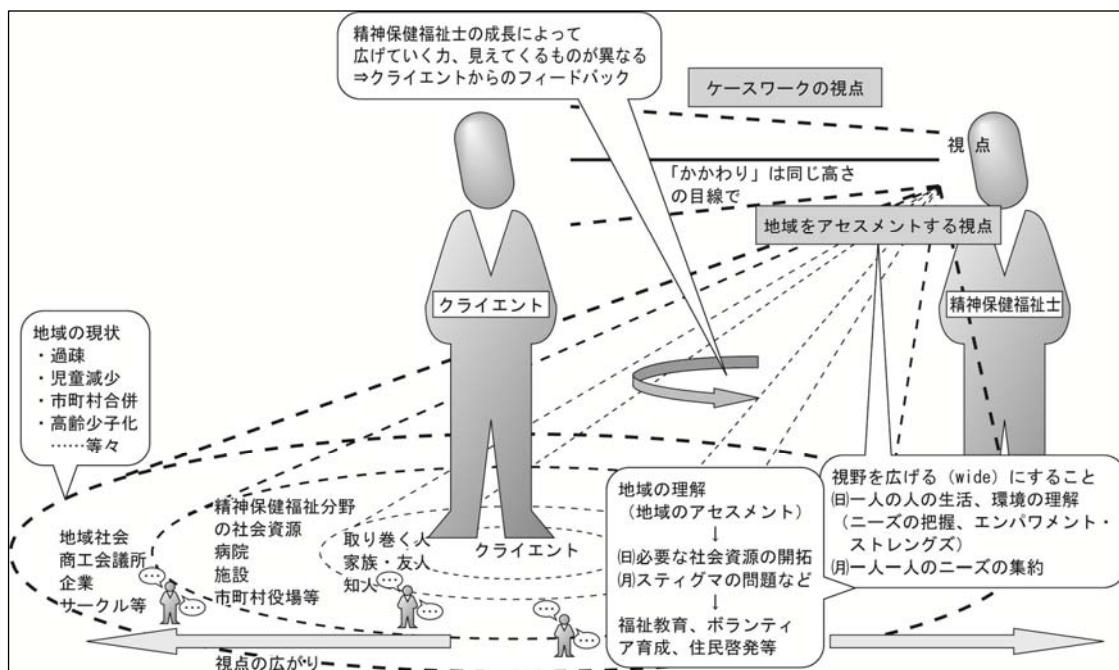
- ・人と状況の全体関連性
- ・自己決定
- ・ストレングス（視点）
- ・地域性を捉える

- ・権利擁護（すべての人間の平等、知る権利の保障、苦情解決、アドボカシー、情報開示等）

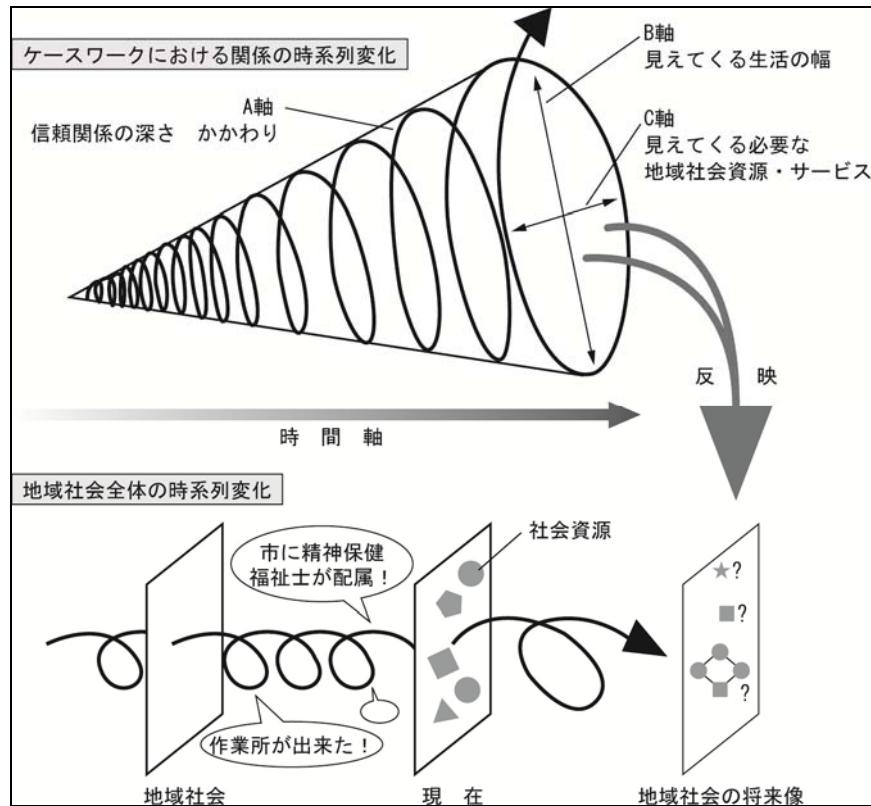
精神保健福祉士にとって「視点」とは、あらゆる業務について影響を与えるものであり、業務を行う精神保健福祉士が共通して持っているアイデンティティともいべきものである。

この「視点」については、これまでにも多くの文献等で触れられているが、本協会では2004（平成16）年に地域精神保健福祉委員会が検討して4つの図に集約している。4つの視点は、精神保健福祉士が共通して持つものであるが、経験や成長も考慮されており、経験年数の浅い精神保健福祉士にとっては何を獲得していくべきか、何を意識できるようになればよいのかがわかりやすく示されている。

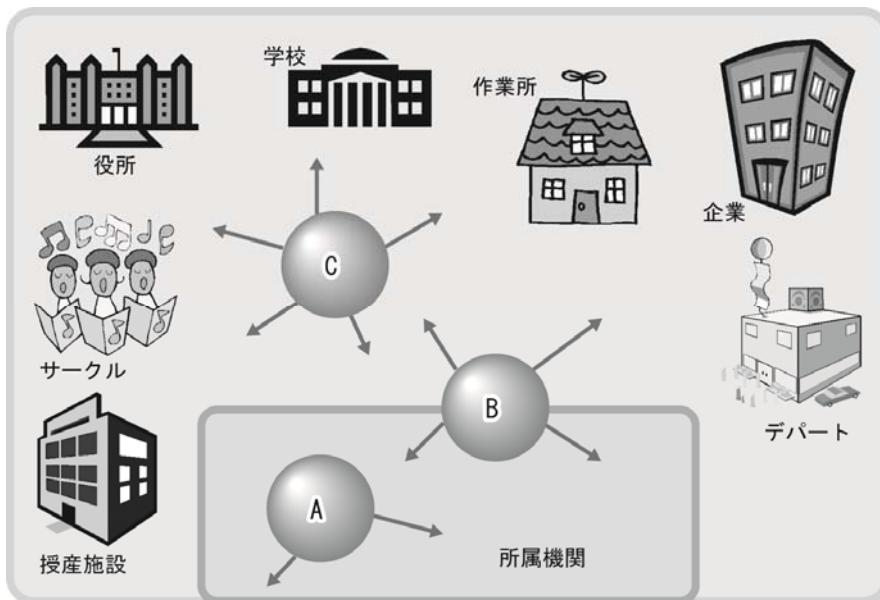
①「クライエントとのかかわりを通して広がる視点」では、クライエントと同じ目線に立つだけでなく、同時にクライエントの足下に広がる地域社会や資源を見据え、地域のアセスメントやニーズ把握まで含められている。



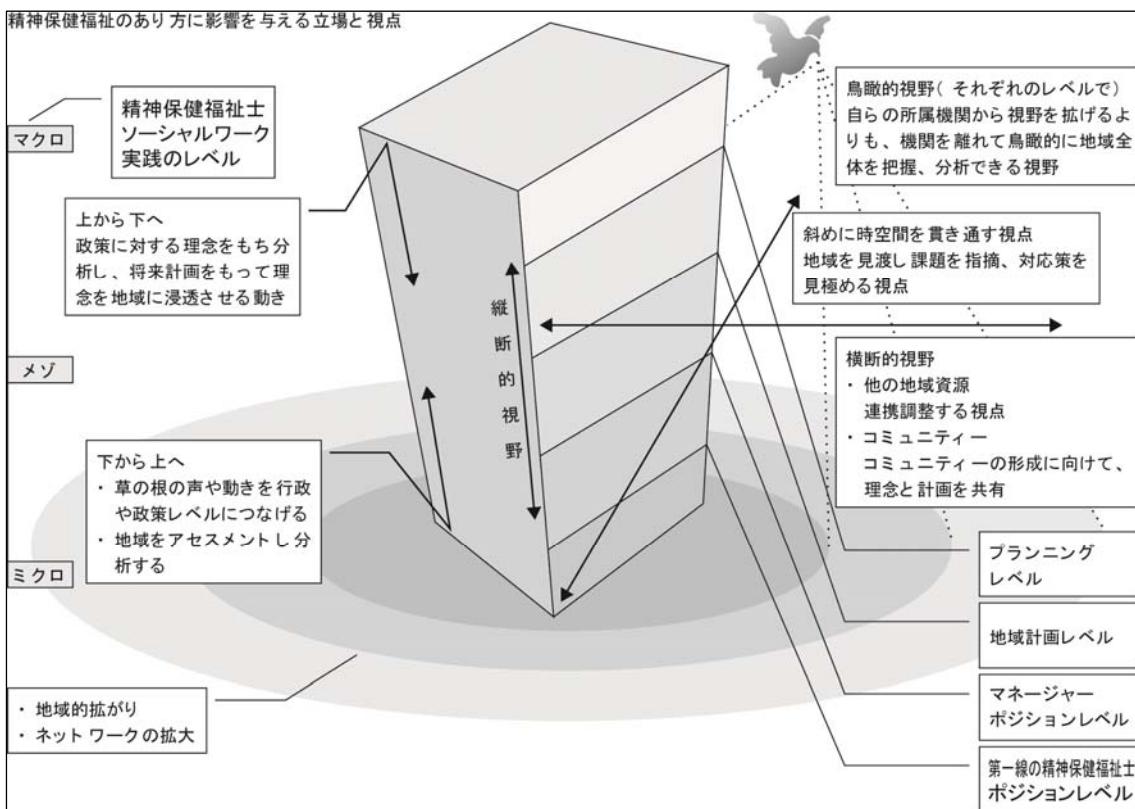
②「時系列変化を加味した精神保健福祉士の視点」は、精神保健福祉士が専門職として経験を積む時系列変化を示しており、クライエントとの信頼関係の深まりと、それによって見えてくる生活の幅、必要な地域資源の見え方も広がってくることを表している。また同時に地域社会にとって資源である精神保健福祉士が成長することで、地域社会の将来像を描き、様々なソーシャルアクションに結びつけて考えることができるようになることも示している。



③「精神保健福祉士のスタンスからみた視点の比較」では、所属機関と精神保健福祉士のスタンスによって見える視点の違いを表している。特に地域をアセスメントするためには柔軟性をもって、自らの所属する機関も客観性をもってみるとことの重要性を示唆している。



④「コミュニティワーク実践における精神保健福祉士の視野」はコミュニティワーク実践におけるミクロ、メゾ、マクロの各レベルでの視点の違い、さらに鳥瞰的な視野による地域アセスメントにも触れている。必要に応じて、マクロの視点で政策立案の見地から地域を捉えたり、目の前の事に戻ったりする縦断的視野を立体的に表している。さらに精神保健福祉士の経験と力量の向上に伴って、その地域における役割の高さもかわってくることがポジションレベルで示されている。



これらの図は、クライエントの個別支援から地域全体のアセスメントまで、連続性があり、つながっているものであることを示している。そして、精神保健福祉士の成長によって、その地域での役割や期待も高まること、所属機関を超えたスタンスでの地域アセスメントが重要であることなどが謳われている。

すべての図に共通しているのは、精神保健福祉士の視点の変化である。つまりクライエントとともに成長する存在である精神保健福祉士は、成長に合わせた視点の変化がおこり、見えるものが広がってくる。それがニーズ把握として認識されれば、さらに成長と視点の変化のスパイラルは拡大していく。

しかし、その根底には権利擁護やストレングスの視点によるアセスメント、自己決定を支援し主体性を尊重するエンパワメント実践があり、それらの上に成り立つ視点であることは忘れてはならない。

3. 精神保健福祉士としての理念

精神保健福祉士がソーシャルワーク業務を展開するにあたり、どの業務にも共通して貫かなければならぬ理念を下記に挙げる。

自己実現	主体性の尊重
QOLの保障及び向上	自尊心（セルフエフィカシー）
地域生活支援	本人主体
安心安全な暮らし/生き方	リカバリー（回復・再構築）
エンパワメント	

精神保健福祉士としての理念である権利擁護、自己決定、専門職としての社会的責務などは、精神保健福祉士の実践において常に意識されなければならない。そしてその理念を具体化させ、業務遂行にあたって知識や技術に裏づけされた実践を行うために基本となるものがソーシャルワークの価値である。

その価値を明文化し、倫理原則を示したものが倫理綱領である。つまり精神保健福祉士が個々の実践において、倫理綱領と合致しない言動があるとすれば、それは精神保健福祉士としての理念に基づく実践から逸脱しているということになる。倫理綱領とは、精神保健福祉士が精神保健福祉士たる所以であり、それを実践の礎としているということが精神保健福祉士としての信頼を与えるものもある。当然、本業務指針は、倫理綱領による規範を土台とされ、細分化された業務について指針としてまとめた内容となっている。

当業務指針の作成にあたり、倫理綱領で示されている上記の4つの責務について大項目とした業務分類を試みている（第Ⅱ部第1章「精神保健福祉士の業務特性に関する整理（表）」参照）。それぞれの責務を縦軸とし、横軸に「ソーシャルワーカーの責務」、「目標」、「目的」、「対象」、「機能」、「視点」、「手法」、「業務」をおいて、精神保健福祉士の業務を分類した。これによって、わが国の精神保健福祉士がどのような目標、目的にそって、現在の業務を行っているのかが整理された。

その中で特徴的だったのが、「視点」と「手法」は縦軸の各項目を貫く共通のものとして捉えられることである。「理念及び視点」については、自己実現、自己決定、主体性の獲得（尊重）、受容、人権と権利擁護、エンパワメント・ストレングス視点などが挙げられるが、これらが日々の実践に内在されていることが精神保健福祉士の業務の特徴ともいえる。精神科デイケア等、医療他職種と業務内容がほぼ同じ職場もあるが、この内在されているものが違う点が職種ごとの特徴であり、また他職種がチームを組むメリットでもあると考えられる。

4. 業務指針の目的

業務指針策定の目的は、以下の5点に集約される。

(1) 精神保健福祉士の専門性の到達点である理想形を示すこと

時代や社会状況によるニーズの変化、地域性、精神保健福祉士の職域の拡大により、その業務内容は多岐に渡り、変化し続けている。またソーシャルワーカーの固有性ともいえるニーズに応じた支援を柔軟に展開していくなかで、機関内、地域内において法制度外業務、確立されていない未開拓な業務、新規事業への着手などをソーシャルワーカーである精神保健福祉士が担う場合も多い。

また、「入院医療中心から地域生活中心へ」という大きな流れの中で精神保健福祉士にも大きなパラダイムの転換が求められている。地域における生活とは何か、生活を支援するとはどういうことかについて吟味された理念にもとづいた業務の確立が重要であろう。

新しい業務指針ではこれらの実情としての業務の整理にとどまらず、ソーシャルワーカーの専門性に裏打ちされた理念及び視点を業務として表すことを目的とし、精神保健福祉士の専門性の到達点である業務の理想形を示すことを目指した。

(2) 精神保健福祉領域のソーシャルワーカーとしての専門性を明示すること

今までこそ国家資格名としての「精神保健福祉士」と呼ばれているが、元来、「精神科ソーシャルワーカー」「精神医学ソーシャルワーカー」「P SW」などと呼ばれ、そこには「ソーシャルワーカー」としてのアイデンティティを自ずと確認することができた。同時に精神科領域における独自の課題や固有性及び専門性を検討してきた歴史がある。

国家資格化にともないこれまでのソーシャルワークアイデンティティが薄れてきていく危惧を抱いている者は少なくない。その背景として、ソーシャルワークの専門職として国家資格化されていた『社会福祉士』とのすみわけを余儀なくされたこと、ソーシャルワーク以外の看護師や保健師、心理職などが資格を取得するようになったこと、「業務独占」ではなく「名称独占」の資格であること、通信教育等によって手軽に資格取得が可能となってしまったことなどがその一因として考えられる。

本業務指針では、精神保健福祉士はソーシャルワークを基盤とした専門職であることを改めて強調することとし、社会福祉学を学問的基盤とし、ソーシャルワークを専門的基盤とした対人援助の専門職であることを明確にすることを目指した。

同時に、職域が拡大しているなかで、各分野における精神保健福祉士業務の指針を明示することによって、配置の意義を明確なものとし、精神保健福祉領域のソーシャルワーカーとしての専門性及び固有性を示すことにつながるものとした。

(3) 精神保健福祉士の業務の整理、統計作業の枠組みとなるものを示すこと

精神保健福祉士自身が自らの業務を振り返ることは、専門性を磨き、自らの存在意義を確認する手段となる。また、各機関において業務統計調査への取り組みがあるが、その枠組みは現在精神保健福祉士として統一されたものは示されていない。

本業務指針は、それらの業務の整理や確認、また業務統計調査のフォーマット作成の枠組みとなるものを示すことを目的とした。全国的に統一の枠組みを示すことによって、各機関において精神保健福祉士業務として専門性を生かした業務を展開できているかどうかの点検作業となること、全国的な業務統計が示されること、機関の特性や改善点が見えやすくなること、他職種や利用者に精神保健福祉士業務を示しやすくなることなどの利点がある。

(4) 社会的認知がなされにくい精神保健福祉士業務を明確にすること

精神保健福祉士は国家資格となったものの、未だ社会的認知は浸透していない。それは、精神保健福祉士が担っている日常業務の「わかりにくさ」が、その一因ともなっていると考えられる。

本指針では精神保健福祉士が担っている業務を、明確に、わかりやすく示すことを目指している。精神保健福祉士の社会的認知を向上させることは、すなわちサービス対象者である利用者への利益となると考えている。

(5) 利用者にとってわかりやすい精神保健福祉士の業務を示すこと

精神保健福祉士の業務はわかりにくく煩雑であり、成果や効果がみえにくい。サービス対象者に応じての個別性が高く、形として外部に表しにくい。利用者にとっても専門職としての役割や機能がわかりにくいこともあり、残念ながら精神保健福祉士の存在が広く知られる状況には至っていない。利用者から活用されるためにも、精神保健福祉士とは何者であり、どのようなことができるのかということを、よりわかりやすく説明できることを目指した。

しかしながら、本指針ですべてを網羅し「わかりやすさ」を追求することは困難を伴う。これについては、今後の課題として引き続き検討を要することとしたい。

5. 業務指針の位置づけ

精神保健福祉士は本来、ソーシャルワークの専門職のなかの一つとして、精神保健というスペシフィックな領域におけるソーシャルワークを展開する職種として位置づけられるべきものである。それは精神保健福祉領域のみではなく、児童福祉、医療ソーシャルワーク、学校ソーシャルワーク、保護観察におけるソーシャルワークなども同様の位置づけである。どの領域においても普遍的に実践されている部分を「ジェネリック・ソーシャルワーク」といい、それぞれの分野・領域における特有な技術、知識などにもとづく実践を「スペシフィック・ソーシャルワーク」と呼ぶとされている。

ジェネリック及びスペシフィック・ソーシャルワークについては、さかのぼること1929（昭和4）年に出版された「ソーシャル・ケースワーク～ジェネリックとスペシフィック（ミルフォード会議報告）」のなかで議論がなされている。そのなかですでに、「最もよいソーシャル・ケースワークとは、個別領域におけるジェネリック・ソーシャル・ケースワークを意味する。ソーシャル・ケースワークは数少ない例外はあるものの、その領域の専門性を代表する組織を媒介にして、ほとんど普遍的に実践されている。ジェネリック・ソーシャル・ケースワークのための組織は存在せず、ただ特定の機関があるのみである。」¹と述べられている。ジェネリック・ケースワークのさまざまな概念、事実、方法を個別領域において求められるものへの適用を意味するとともに、ある部分、ジェネリック・ソーシャルワークの内容に対して重要な補足を意味する²と述べられた。

精神保健福祉士は、ジェネリック・ソーシャルワークを基盤としてその実践が展開されてきたと同時に、スペシフィック・ソーシャルワークとして固有の領域における実践の展開をする中で、特有な概念や事実、方法を持ち、発展をしてきた。ジェネリック・ソーシャルワークとは、それぞれの個別領域において展開されている実践の共通項目の集約のなかで生まれてきたものであり、スペシフィック・ソーシャルワークとして精神保健福祉士が展開してきた実践の中から積み上げられた理論や概念、方法などは、ジェネリック・ソーシャルワークの発展に少なからず影響を与えてきたといえる。

本指針においては、精神保健福祉士に共通する機能と業務を第Ⅱ部に、各分野において特有な機能と業務を第Ⅲ部に記載した。

¹ National Association of Social Workers, Social Case Work, 1974、全米ソーシャルワーカー協会刊行、竹内一夫・清水隆則・小田兼三訳、ソーシャル・ケースワーク：ジェネリックとスペシフィック—ミルフォード会議報告—、1993、P52

² National Association of Social Workers, Social Case Work, 1974、前掲、P52

第Ⅱ部

精神保健福祉士の機能 及び業務分類

1. 精神保健福祉士実践に関する分類基準

精神保健福祉士の業務指針を検討するにあたり、前述したような「精神保健福祉士としての理念」を中心据える必要がある。「理念」は、人や組織を束ねる究極の目標であり、日常の業務を点検する指標でもある。今日あらゆる社会福祉法人や医療機関、企業がそうであるように、その組織がどのような理念を掲げているか、社会に対して示され検証を受けなければならない。

精神保健福祉士の実践理念を具体化させ、業務遂行にあたって知識や技術に裏づけされた実践を行うために基本となるものがソーシャルワークの価値であり、その価値を明文化し、倫理原則を示したものが倫理綱領である。つまり精神保健福祉士が個々の実践において、倫理綱領と合致しない言動があるとすれば、それは精神保健福祉士としての理念に基づく実践から逸脱しているということになる。

倫理綱領とは、精神保健福祉士が精神保健福祉士たるゆえんであり、それを実践の礎としているということが精神保健福祉士としての信頼を与えるものでもある。当然、本業務指針は、社団法人日本精神保健福祉士協会倫理綱領による規範をすべての土台とし、細分化された業務について指針としてまとめ組み立てとなっている。

提案委員会は当業務指針の作成にあたり、倫理綱領で示されている精神保健福祉士の4つの責務について大項目とした業務分類を試みている。この作業により、わが国の精神保健福祉士がどのような目標、目的にそって、現在の業務を行っているのかが整理された。

倫理基準1. クライエントに対する責務

倫理基準2. 専門職としての責務

倫理基準3. 機関に対する責務

倫理基準4. 社会に対する責務

それぞれの責務を縦軸とし、横軸に「レベル」「精神保健福祉士の責務」「目標」「目的」「対象」「機能」「視点」「方法」「業務」において、精神保健福祉士の業務を分類した。次表には、このうち「対象」と「方法」「業務」をのぞいた項目を一覧にしている。この表は、次章の「E.機能と業務」に記されている各「目標」と対応している。

(1) 精神保健福祉士の業務特性に関する整理

倫理綱領（社団法人日本精神保健福祉士協会倫理綱領）					
倫理基準	倫理基準1	倫理基準2	倫理基準3	倫理基準4	
	クライエントに対する責務	専門職としての責務	機関に対する責務	社会に対する責務	
ソーシャルワーク機能概要					
レベル	① 個人／集団	② 専門	③ 組織	④ 地域	⑤ 社会／共生
精神保健 福祉士の 責務	人々のニーズに応じ生活者の視点でかかわることで、その人の持つ力が發揮できるような支援を行う	目標①、③、④、⑤を遂行できるよう、精神保健福祉士としての力量を備える。	目標①を組織として遂行できるような組織づくり	目標①を果たすための地域内の調整、連携等（生活レベル）	目標①を果たすための社会づくり（政策レベル）
目標	人々が持っている力を発揮し、主体的に本人が望む生活を実現する	人々の持っている力を肯定的に評価し、主体的に生きられるような支援（かかわり）を担保する	組織が人々の人権を尊重し、公共性を保持し、円滑な運営を促進する	地域の中で本人が望む暮らしを保障するための地域づくり	本人が望む暮らしを保障するための社会施策を発展させ、改善する
目的	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、集団（グループ）、地域（コミュニティ）、社会の主体性を尊重し、それぞれがそれなりに力をつけていくプロセス（エンパワメント）を支援する。 ・本人の訴えや語り、思いに寄り添い、受容、傾聴、共感等の援助技術を活用した「かかわり」をとおして信頼関係を構築する。 ・本人の望む生き方、暮らしと合わせて、今おかれている生活の現状把握（本人の力、生活のしづらさ、周囲環境の状況など）、困っていること（ニーズ）を的確に把握し、望む生き方、暮らしに近づけるための具体的な方策をともに考える。 	専門職としての資質を向上する。 専門職としての行為（行動）基準、価値、倫理を共有し推進する。 サービスの提供や共有における効率と効果の増大を図る 専門職として組織内及び/あるいは社会的要請に応じて各種会議等へ参加し専門的知見から意見を述べる	社会的ニーズを充足するための組織運営を行う。 サービスに関して利用者のニーズ中心の組織運営を行う。 組織内の人権意識を高め、個別性を重視したサービス提供を促進する	人々が地域の中でよりよい暮らしをするための、フォーマル及びインフォーマルネットワークづくり 地域内に不足している社会資源を開発・開拓する セルフヘルプグループ活動への支援 精神保健福祉の課題について地域住民と共有する スティグマの克服にかかる	法令、規則等の理解、解釈する。 ニーズに応じた政策展開を提言する。 不適切な政策や法令の見直しまたは改善を申し入れる。（運用の適正化） 農村地域等、人的資源が不足している地域への支援 災害時等の支援

倫理綱領（社団法人日本精神保健福祉士協会倫理綱領）					
倫理基準	倫理基準1 クライエントに対する責務	倫理基準2 専門職としての責務	倫理基準3 機関に対する責務	倫理基準4 社会に対する責務	
	ソーシャルワーク機能概要				
機能	<ul style="list-style-type: none"> ・受理（インテーク） ・審査（スクリーニング） ・選別（トリアージュ） ・事前評価（アセスメント） ・エンパワメント ・情報収集 ・情報提供 ・支援計画（プランニング） ・支援 ・各種制度の申請・利用に関する支援 ・グループワーク ・プロセス評価（モニタリング） ・事後評価（エヴァリュエーション） ・連携/調整/コーディネート ・紹介/リンクエージ ・セルフヘルプ、ピア活動への支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・自己研鑽 ・教育・育成（スーパービジョン） ・研修企画・開催 ・記録 ・調査、統計 ・研究 	<ul style="list-style-type: none"> ・管理、運営 ・コーディネーション ・協議 ・コンサルテーション ・苦情解決 ・連携/調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域理解/地域アセスメント ・資源開発・開拓 ・組織化 ・ネットワーク化 ・動員/誘致 ・紹介/交流促進 ・ソーシャルアクション ・啓発 ・予防 	<ul style="list-style-type: none"> ・政策分析 ・政策主張 ・政策展開 ・啓発/企画 ・予防 ・災害支援
視点 (共通)	共通視点：自己実現、主体性の獲得（尊重）、受容、人権と権利擁護、エンパワメント、ストレングス視点、自己決定、人と状況の全体性、地域性の把握、秘密保持 抱えている状況：ジレンマ				

2. 精神保健福祉士の機能及び業務分類

以下の項目「A. 対象」「B. 主要な課題」「C. 主要な機能、提供されるサービス」「D. 具体的な方法」「E. 機能及び業務」に関する記述は、前ページの「精神保健福祉士の業務特性に関する整理（表）」を補足している。

A. 対象

精神保健福祉士はすべての住民、地域社会等を対象とする。

そのなかでも、精神保健福祉士がかかる対象は、特に下記の人たちが想定される。

- ・精神的健康の保持・増進のため、各ライフステージにおいて保健福祉サービスを必要としている人
- ・精神科医療サービスを必要としている人（本人、その家族、周囲の人々等）
- ・地域生活を送るために精神保健福祉サービスを必要としている人（本人、その家族、周囲の人々等）
- ・精神障害のために社会参加に制約（権利侵害、差別等）を受けている人（本人、その家族、周囲の人々等）
- ・精神保健福祉サービスを必要としている人を取り巻く環境、地域

B. 主要な課題

自己実現や自己決定に関するさまざまな課題に対し、ともに取り組む。

- ・人間関係に関する課題
- ・経済的な課題
- ・住居に関する課題
- ・職業上、教育上の課題
- ・医療に関する課題
- ・本人及び家族の自己実現に関する課題
- ・社会における精神保健福祉の課題