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きており、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る。

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ったこともあり、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ったことが本指針を新たに作成しなければならなくなった主な理由である。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	58
(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
	. 本指針の全体構成と活用の仕方	
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) 年以降連続して 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 わが国の精神疾患患者は 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、未だにわが国の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ィグマ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「精神病のスティグマ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ぞれ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てき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ク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つつある。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った。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って、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。それにともなって、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。それにともなって、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っ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参与員等、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 する報告書一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、多岐にわたっ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で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 巻が刊行され、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巻刊行

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PSW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、とりわけわが国の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ことを欲し、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った人が多い。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、そして社会環境に関っ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、メンタルへ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。

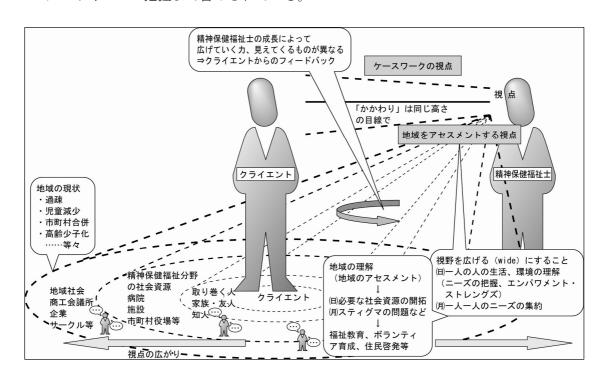
- ・人と状況の全体関連性
- ・自己決定
- ・ストレングス (視点)
- ・地域性を捉える

・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)

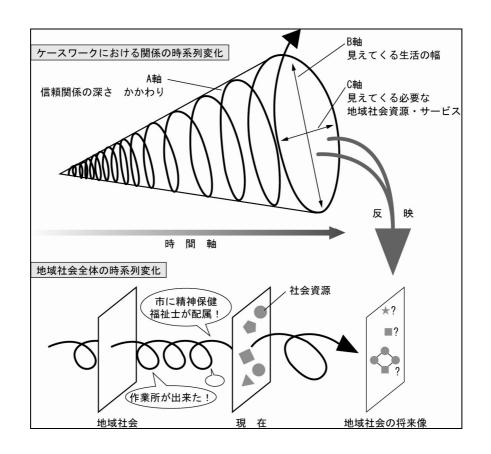
精神保健福祉士にとって「視点」とは、あらゆる業務について影響を与えるものであり、 業務を行う精神保健福祉士が共通して持っているアイデンティティともいうべきものであ る。

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けばよいのか、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。

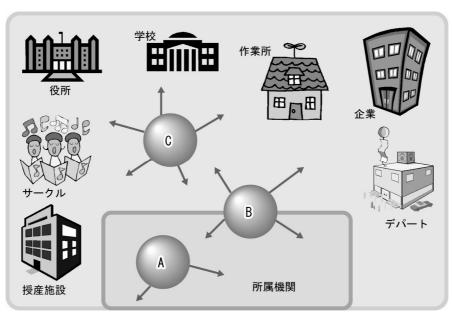
①「クライエントとのかかわりを通して広がる視点」では、クライエントと同じ目線に立つだけでなく、同時にクライエントの足下に広がる地域社会や資源を見据え、地域のアセスメントやニーズ把握まで含められている。



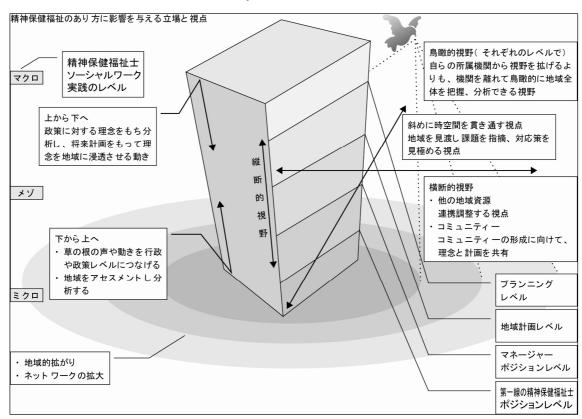
②「時系列変化を加味した精神保健福祉士の視点」は、精神保健福祉士が専門職として 経験を積む時系列変化を示しており、クライエントとの信頼関係の深まりと、それによっ て見えてくる生活の幅、必要な地域資源の見え方も広がってくることを表している。また 同時に地域社会にとって資源である精神保健福祉士が成長することで、地域社会の将来像 を描き、様々なソーシャルアクションに結びつけて考えることができるようになることも 示している。



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 貫かれなければならない理念を下記に挙げる。

自己実現
QOLの保障及び向上
地域生活支援
安心安全な暮らし/生き方
エンパワメント

主体性の尊重 自尊心(セルフエフィカシー) 本人主体 リカバリー(回復・再構築)

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でもある。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、ソーシャルワーク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

い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」「PSW」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る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ーミルフォード会議報告ー、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」を中心に据える必要がある。「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る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」をおいて、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。

	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	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	る責務	
		ソーシャルワ	一ク機能概要			
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、その人の持つ力が発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	・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、それぞれがそれぞ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わる	法令、規則等の理解、 解する。 ニー では にたする。 にたする。 にたする。 にたする。 にたする。 にたする。 にたする。 にたする。 にたする。 にたする。 にたする。 にたする。 にたする。 にたする。 にはないまたはの にはいまたはの。 にはずれたのを はいがれたのを がれたのを がれたのを がれたのを が、 が、 をしたが、 が、 が、 が、 が、 が、 が、 が、 が、 が、 が、 が、 が、 が	

-1	
1	د
\vdash	-
- 1	

	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	る責務
	ソーシャルワーク機能概要				
機能	 ・受理(インテーク) ・審査(スクリーニング) ・審査(スクリーニング) ・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 ・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/リンケージ ・セルフヘルプ、ピア活動への支援 	 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 	 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 	 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 	・ 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) 保持 抱えている状況:ジレンマ	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

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わる対象は、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

C. 主要な機能、提供されるサービス

精神保健福祉士が果たす主要な機能としては、以下の12がある。また、それに応じた提供されるサービスとしての業務は、下記の項目がある。

- ・ 主要な機能 1:本人のニーズを的確に把握する。 業務項目:インテーク、情報収集・課題の整理、スクリーニング、事前評価(アセスメント)、優先課題の把握、情報提供
- ・ 主要な機能2:本人が望む暮らしと心地よい環境づくりを促進し、不安を軽減する 業務項目:受容・傾聴・共感等基本的なかかわりの原則に基づく心理社会的支援
- ・ 主要な機能3:本人が望む暮らしの実現に向けて計画をともに作成する。 業務項目:個々のニーズに応じた個別支援計画の作成(プランニング)、再アセスメント後の個別計画の見直し及び計画の修正等
- ・ 主要な機能 4:適切でかつ有効な具体的サービスの提供(介入) 業務項目:個別面接、電話相談、家庭等生活の場への訪問、職場等への訪問、必要に応 じた同行、代理行為、グループ活動における支援等
- ・ **主要な機能5**:サービス提供(介入)のプロセスにおける本人及び/あるいは家族とのプロセス評価(モニタリング)
- ・ **主要な機能 6**: 計画にそって行われた支援内容についての実施評価(エヴァリュエーション)を行う。
- ・ **主要な機能 7**:本人の望む生活へ向けて必要な関係部署、関係職種、関係機関等へつなぎ、連携や調整、協力を行う。また多機関がかかわる場合には、役割分担や調整などのコーディネートをする。

業務項目:連携、調整、協力、コーディネーション、マネジメント

・ 主要な機能8:家族の自己実現に対する支援を行なう。

業務項目: 受容・傾聴・共感等基本的なかかわりの原則に基づく心理社会的支援組織化、 グループワーク ・ 主要な機能 9 : さまざまなレベルにおける人間関係の不安等に対し関係の調整を行う。 業務項目:仲介、斡旋、調整

・ **主要な機能10**: 当該機関で適切なサービスの提供ができない場合は、適切なサービス 機関を紹介、もしくは連携・協力をする

業務項目:紹介、仲介、リンケージ

・ 主要な機能 1 1 : 地域内に適切なサービスがない場合は開発をする 業務項目: 地域アセスメント、資源開拓

・ **主要な機能 1 2**: サービスの提供にあたるさまざまなプロセスに適切な対応のできる専 門職としての研鑽を続ける(研鑽、教育、スーパービジョン、調査、研究)

D. 具体的な方法

精神保健福祉士がサービスを提供する具体的な方法としては主に下記の援助技術がある。

- ・ 個別援助技術(ケースワーク): 本人のニーズと問題を把握して支援計画を立てること や、ソーシャルワーカーとクライエントの支援関係によって、本人及び家族の問題解 決能力を高めていく
- ・ 集団援助技術 (グループワーク): グループを対象とした支援活動を通して、集団過程 を促進し、集団の構成員の成長を図る
- ・ 地域援助技術(コミュニティワーク):間接援助技術の一つであり、地域社会に対して 支援活動を行うもので、地域生活を送るための社会資源及び支援ネットワークを開発 して、本人及び家族が同じ地域で暮らす人々との相互作用を増進させていく援助の方 法である。

これらはそれぞれが個別に存在するのではなく、本人のニーズに応じて適切に組み合わせて活用する。さらにそれぞれの立場や役割に応じて下記の間接援助技術も活用する。

- ・ 社会福祉運営管理 (ソーシャル・アドミニストレーション)
- 社会活動法(ソーシャルアクション)
- 社会福祉調査法(ソーシャルワーク・リサーチ)
- 社会福祉計画法(ソーシャル・プランニング)

機能及び業務 Ε.

|目標① 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

- ・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 【目的】 ぞれがそれぞ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。
 - ・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共に考える。

【方法】 個別面接、電話相談、訪問、同行

機能 業務内容

本人、家族、他機関等による電話や面接における初回相談には誠実な 受理(インテーク) 応対をする。

> 受理面接(インテーク)においては、機関に訪れた本人及び家族等の 不安や戸惑いを十分に認識したうえで、ありのままを受容する。

> 安心と信頼を得られるような出会いの場とし、信頼関係構築を心がけ る。

> 機関や社会資源、制度等の説明や見学など本人に必要な情報を適切に 提供する。

> 本人を理解するための適切な質問を行うことによって、本人のペース や思いに沿いながら情報の収集を行う。

収集した情報をもとにして、一次的な課題整理を行う。

審査(スクリーニン グ)

受理した相談について、当該機関において対応できるニーズである か、より適切な機関があるか、的確な審査(スクリーニング)を行う。

選別(トリアージュ)

緊急性を判断し、緊急的介入が必要であるかの優先順位を確認する。

F)

事前評価(アセスメン 個人、集団(グループ)、地域(コミュニティ)、社会のストレングズ (持ち味、強み、長所等)及び課題(問題、ニーズ)を見定める。

> 本人及び集団(グループ)、地域(コミュニティ)、社会のストレング ズ及び課題について、本人とともに整理し、共有する。

> 本人の状況認識を理解するために、かかわり、本人自身による表現を 助ける。

> 本人の生活様式や文化、慣習に対する理解的な感性をもって本人の行

動等を理解、評価する。

本人と社会状況の関係性について理解、評価する。

グループ場面において、グループの目的の確認、準備、グループの力 等について評価する

エンパワメント

本人がサービスの利用に抵抗を感じている場合においては、慎重なか かわりを持ち続けるように努め、本人の困っているという思いを理解 しながら、本人自身が主体的にサービスを受けていくような支援を行 う。

情報収集

本人のニーズを的確に把握するための情報を収集する

地域資源について、その内容や特徴等について理解・把握する。

情報提供

本人及び家族等のニーズにもとづき必要な情報(各種福祉サービスや 制度等)を提供し、共有する。

病気や薬等治療プロセスに関する説明を行う。

グ)

支援計画(プランニン アセスメントにもとづき、ニーズに相応しい的確な個別支援計画を本 人とともに作成する。

> 個別支援計画にもとづき支援及び/あるいは介入の後、モニタリング (プロセス評価)及び事後評価(エヴァリュエーション)の後に新た な個別支援計画が必要な場合は、柔軟に対応し、本人の現在の状況に 応じた個別支援計画を再度本人とともに作成する。

支援

【心理社会的サポート】

本人、家族等のリカバリーにむけて、安心できる関係を構築し、不安 や揺れ、緊張等に共に向き合う。

本人、家族の孤立化を防ぐ。

本人や家族、集団 (グループ) 等を見守る。

【居住環境の整備、維持、継続】

住まいの確保、維持、移転等に関して、本人の不安、意向、都合、そ して思いに傾聴し、具体的な支援が必要な場合は介入する。

暮らしの仕方について相談を受け、対応する。

【治療環境の整備、維持、継続】

安心して医療を受け、本人自身の自然治癒力を発揮して治療にのぞめ るよう、不安の軽減をはかるなどの支援を行う。

療養にかかわる本人を取り巻く環境(家族、友人等)について不安が 軽減するよう相談や支援を行う。

【就労環境の整備、維持、継続】

本人の働きたいという願いや思い、また働き方についてなど、面接を

行い、適切なアセスメントを本人とともに行う。

就労するための技術等を学ぶ機会を設定する。(ロールプレイや SST 等を用いる場合もある)

【人間関係調整】

本人をめぐる人間関係の調整を行う。

サービスの利用にともない、家族及び本人を取り巻く人々(隣近所や 友人等)に対しては、状況に応じ一時的に距離を置くこともあるが、 長期的視点の中では断絶することなく、維持、継続されるよう双方に 支援を行う。

【制度利用支援】

に関する支援

各種制度の申請、利用 各種福祉サービス利用にあたっては本人の障害の捉え方等について 吟味し、慎重にすすめる

申請手続きの説明、書類の作成、申請窓口への同行等を行う

制度:高額療養費、生活保護、年金、精神保健福祉手帳、傷病手当金、 障害者自立支援医療、障害者自立支援法介護給付及び訓練等給付にお ける各種サービス、市区町村助成等、障害者自立支援法以外の地域支 援サービスの利用、不服申し立て等

【教育】

病気についての理解、自身の行動パターンなど知識的側面で、情報を 提供し、気づきを促す。

【技能習得支援】

就労にむけての技能習得や日常生活を送る上でのさまざまなスキル を身につけるために個別及び集団にて

家族が病気や家族システムについての正しい知識(別の見方)を提供 する

グループワーク

リング)

本人の主体性をはぐくむような場の提供とグループ成長の支援 グループメンバー同士をつなぎ、グループダイナミクスを活用しなが らグループの一員として参加する

集団(グループ)活動の運営、維持

空間というだけでなく、所属感を持ち、安心できる、癒しの場の提供 プロセス評価(モニタ 個別支援計画にもとづいた支援を行うなかで、日々の様子を見守り、 本人の変化やサービスとのマッチング等計画の進捗状況を確認する。

支援者のかかわり方等について検討する。

必要に応じて、個別支援計画を見直し、再確認・再検討をする。

事後評価(エヴァリュ 支援計画に基づき、支援した結果に対する全体的な評価を行う。

27 -

エーション)

新たな課題や支援方針の再検討を行う。

連携/調整/コーディ

【同機関内の調整(同部署・他部署、同職種・他職種)】

ネート

利用者の支援/介入にあたり、機関内の同職種、同部署、他職種、他 部署と協力体制をつくれるように調整をする

【他機関との連携】

本人のニーズを満たすために必要なサービス機関及び社会資源との 連携をおこなう。

紹介/リンケージ

【他機関への紹介/リンケージ】

他機関の援助及び制度、資源等が必要な場合は、本人のニーズを満た す機関、資源、制度を探し、場合によっては開発する。

他機関の援助及び制度、資源等が必要な場合は、本人に情報の提供及 び紹介を行う(紹介)とともに、他機関及び制度、資源等と連絡を取 り、他機関には依頼、調整、役割分担の確認、見学や本人の情報につ いての共有などを行う(リンケージ)。

他機関のサービスを利用している場合、もしくはこれから利用しようとする場合に、本人の希望や必要であると認めた場合にサービス機関へ同行する。

【他職種への紹介/リンケージ】

本人のニーズに応じ、他職種のかかわりが必要な場合は、本人に情報の提供及び紹介を行う(紹介)とともに、機関内外の他職種と連絡を取り、他職種専門家へ依頼、調整、役割分担の確認や本人の情報についての共有などを行う(リンケージ)。

【グループへの紹介/リンケージ】

本人のニーズに応じ、グループワークを希望するまたは有効であると 認められた場合、本人に情報の提供及び紹介を行う(紹介)とともに、 グループ活動へ連絡を取り、他職種専門家へ依頼、調整、役割分担の 確認や本人の情報についての共有などを行う(リンケージ)。

【コーディネーション】

サービス利用者同士を紹介し、仲間とつながるきっかけづくりや橋渡 しをする。

セルフヘルプ、 ピア活動への支援

本人同士が当事者運動及び活動として、主体的・自主的な活動を行っていくための側面的な支援を行う。

それぞれのグループの文化、持ち味、多様性を認め、損なわないよう に、また依存的ならないようにあえて距離をとる支援を心がける。 当事者としての尊厳をもって、権利意識を高めていく。 さまざまな社会資源を含めて情報提供及び紹介し、利用・活用できる よう支援する。

目標② 人々の持つ力を肯定的に評価し、主体的に生きられるような支援を行う

【目 的】 ・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

機能業務内容

自己研鑽 必要な研修についての情報を収集し、主体的に参加する。

学会等に参加し、最新の情報をえることに努め、自己研鑽を図る。

機関内外における個別及び/あるいはグループスーパービジョンに参加し、日々のかかわりを振り返り、支援について吟味する機会を主体的に持つ。

教育・育成(スーパー 【新人教育】

ビジョン) 自己覚知、気づきを与える

新任職員自身の人間性などその特性を早いうちに理解し、その個性や 価値観の気づきを支援する

連携をするために必要な情報の収集し、地域資源理解を促す 同職種、他職種の職能について理解し、必要に応じて助言、指導を行 う。

【実習指導】

実習生受け入れのためのコーディネートを行う。受け入れに際し、説明会等を開催する場合もある。

実習担当教員及び教育機関との連絡、調整、連携

実習生の教育、指導、評価

研修企画・開催 機関内外、一般市民向け等、それぞれのニーズに応じた研修の企画を 行い、実施する。

記録 【個別記録の作成】

相談支援のプロセスを記録する(本人の変化、思い、具体的な支援内 容等)を記録する。

自らのかかわりの点検についての記録

【業務記録の作成】

日々の業務について記録をする。

他機関との連絡、報告、連携、調整等に関して記録をする

調査・統計 日常実践について、記録し、統計をとることにより自らの実践を点検

する。

研究 日々の実践や積み上げた調査研究について学会等において発表し、研

究の精度を高め、普遍化していくことを目指す

調査研究等で得られた結果及び考察を実践のなかに反映させる。

|目標③ 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

【**目的**】 ・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

機能業務内容

管理・運営 【組織内力動の理解】

組織内力動を理解し、組織内の各種会議の企画、開催、運営を行う。

会議の目的等を確認し、評価を行い、必要に応じ改善を行う。

利用者個々のニーズに対する評価を行い、組織運営を行う。

地域に求められているニーズに対する評価を行い、組織運営を行う。

コーディネーション 【組織内調整】

組織内各種会議等におけるコーディネーションを行い、組織内調整を

行う。

協議 【交流促進】

発言・交流する場を確保し、促進する。

コンサルテーション 【組織評価】

サービスの標準化に対して認識をし、第三者評価やその他評価機関を

導入に対して役割を果たす。

苦情解決 【組織内調整】

組織の危機管理体制を構築する

苦情処理体制を構築する(人権擁護)。

意見の収集と集約及び公表の機会を設定する。

個人情報保護規定を策定する。また倫理規定を導入する。

情報公開基準を策定する。

連携/調整 【仲介及び介入】

|目標④ 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

【目的】 ・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わる

機能業務内容

地域理解/地域アセス 地域ニーズを把握し地域課題について分析する(地域アセスメント)

メント

資源開発、開拓 地域内に、ニーズを満たすサービスが不足している場合は資源の開

発、開拓へ向けて運動する

既存のサービスや制度が利用しにくい場合は変革を促す

組織化 グループづくり等による支援と孤立化を抑止する

ネットワーク化 地域内のサービス機関等と顔の見えるネットワークづくり(場の設

定、企画等)を行うとともに、相互理解を促進し、協働を目指す。

動員/誘導 署名活動などへの人員の招集

地域に必要な新規事業等の誘致活動

紹介/交流促進 同じ課題や悩みを持つ人々の出会いの場を設置する。

地域住民との交流の機会の設定、運営、コーディネート

日常的な町内会等に参加する

ソーシャルアクショ システムの機能不全の指摘など様々な問題提起を行う

ン 社会環境やシステムを改革する。

啓発 啓発の場の設定。権利擁護としての啓発等。

精神保健福祉全般への理解促進

予防 予防としての啓発。

|目標⑤ 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】 ・法令、規則を理解し、評価及び課題分析を行う。

- ・ニーズに応じた政策展開を提言する。
- ・ 不適当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

機能業務内容

政策分析 新法等新しい情報についての勉強会等を開催し、それらの理解を促進

する機会をつくる。

政策主張請願、要望、陳情など現状の問題点への改善に向けた運動を行い、政

策に対する誘導を行う。

ソーシャルアクション

政策展開 政策の利点や問題点を理解し、ニーズとの調整を行い、政策の具体化

を図る。

啓発・企画 学会・研修会等を企画・運営し、課題の分析や問題点の共有を図る。

講演会等の企画、運営。

講演会等において、情報の提供、共有をはかる(講師等)

予防 災害時における精神障害者への支援、被災者等のメンタルヘルスの課

題の整理及び具体的な支援。災害時精神保健の研究。

第皿部

精神保健福祉士の 各分野における業務指針

1. 精神保健福祉士が活動する分野

精神保健福祉士が活躍する分野の拡大にともない、業務分野を明確に分類することは難しくなっている。もっともわかりやすいのは、所属する機関ごとの分類であろうが、対象者のライフステージや支援内容に応じた分類も、業務を考える上では示唆に富んでいる。ここでは、その所属機関の一覧を示すとともに、整理の切り口を変えることによって、分野や領域の広がりを確認しておく。

3章の「各分野の業務指針」では、精神保健福祉士が所属する機関における業務の指針を示している。所属機関ごとの分類は、たこつぼ的な視野狭窄を生じる危惧はあるものの、現場に立脚したわかりやすいシンプルさを優先したためである。

なお、太字で記した機関は、各分野別業務指針として以下に提示している分野である。

【機関別】

(精神保健福祉士が所属する機関を分野ごとに列挙)

- ・ 障害者地域生活支援機関(入所・通所施設、居住支援、相談支援など)
- 医療機関(病院、診療所)
- ・ 行政機関(国・都道府県・政令市・市町村/保健所・精神保健福祉センター・ 児童相談所・福祉事務所等・保健センター等)
- 高齢者地域生活支援機関(入所・通所施設、地域包括支援センター等)
- その他の福祉施設(生活保護施設、婦人保護施設、児童福祉施設等)
- · 団体(社会福祉協議会、各種団体等)
- ・ 司法機関(保護観察所、刑務所など)
- ・ 労働関係機関 (ハローワーク、障害者職業センター等)
- 教育機関(小学校、中学校、高等学校、大学等)
- 一般企業
- 民間相談機関
- 独立事務所

【ライフサイクル別】

(ライフサイクルに応じたメンタルヘルス課題への対応について列挙)

- · 胎生期 · 産褥期
- 乳幼児期
- 学童期
- 思春期

- 青年期
- 壮年期
- 老年期

【支援内容別】

(対象やニーズに応じた支援について内容別に列挙)

- 家族支援
- ・ 子育て支援
- ・ 虐待防止と介入及び対策(児童、高齢、障害、DV)
- ・ アディクション (薬物・アルコール・ギャンブル依存、摂食障がいなど)
- ・ 低所得者対策(生活保護関係、ホームレス)
- · 退院·地域移行支援
- 地域生活定着支援
- ・ 就労支援(就職支援、就労定着支援、就労継続支援など)
- 犯罪被害者支援
- ・ 自殺対策 (予防、遺族への支援)
- ・ 災害時における支援
- ・ 地域特性に対応した支援(農村地域等)

【その他】

(社会的な役割や地域活動など地域ニーズ、社会的ニーズに応じた役割等を列挙)

- ・ 行政における審査会等委員
- ・ 専門職能団体(協会・学会)活動
- 運営適正化委員、第三者評価委員
- 成年後見
- ・ 専門職 (精神保健福祉士など)養成にかかわる教員・実習指導者
- スーパーバイザー
- 調査・研究

2. 用語の解説と定義

前委員会から引き継がれた用語の整理は、本委員会の主要な議題のひとつとなった。しかし、十分な時間的余裕もなく、暫定的な共通理解の言語化を図るに止まった。本来は、専門職能団体として「用語に関する検討委員会」が設けられて、概念規定をめぐって十分な検討を行うべきであると考える。

ここでは、次項「各分野における業務指針」における主要な用語について、以下のよう に整理・定義して使用している。

●精神障害、精神障がい/障害、障がい

「精神障害」とは、「認知し、判断し、行動するという精神活動(高次脳機能)が脳の障害や疲労のために損なわれている状態の総称(『精神保健福祉用語辞典』P316)」であり、医学的概念では、WHOの国際疾病分類(ICD-10)における「精神及び行動の障害」の規定が代表的なものとしてあげられる。これらは個人の疾病及び障害の状態として定義しているが、WHOが「国際障害分類(ICIDH)」の改訂版として2001年に提示した「国際生活機能分類(ICF)」では、障害者と呼ばれる人々の障害に限定せず全ての人々の生活機能を対象とし、環境因子の重要性を明記した。つまり、障害とは固定的・個体的な状態を指すのではなく、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」が相互に関連する中で、人々の健康状態が変化するという包括的な枠組みを示した(『ICF 国際生活機能分類』)。本指針では、障害及び精神障害を環境との相互作用の視点から捉えることを重視する。

また「障害(者)」「精神障害(者)」の表記については、「障がい(者)」「障碍(者)」などいくつかの表記が試みられている。一般的に法律や諸制度上の表記は「障害(者)」「精神障害(者)」が用いられているが、自治体によっては「障がい(者)」「障害のある人」と表記している例も見受けられる。現在内閣府に設置された「障がい者制度改革推進会議」では「障がい者」と表記され、国の検討会でも協議されているところである。このようにどの表記が適切であるかは、今後更なる議論が進むと考えられるが、本指針では、現在の法律上の表記である「障害(者)」「精神障害(者)」を使用している。

●精神障害者、本人、当事者、クライエント、患者、ユーザー、コンシューマー、精神障害のある人

ソーシャルワークサービス及び福祉サービスを利用する人々についても複数の用語が使用されており、上記の「障害」「精神障害」と同様、様々な見解があり定まっていないのが現状である。本指針では、各項目の文脈に応じてこれらの表記を選択的に使用している。以下に、それぞれの用語の定義を示す。

- * 精神障害者:精神に障害のある人々を総称して用いられる用語であるが、医学的、制度的、社会福祉等の様々なレベルで概念規定されている。医学的にはWHOの国際疾病分類(ICD-10)における「精神及び行動の障害」に規定に代表される精神障害のある人々の総称と言える。また、制度的には精神保健福祉法第5条で「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有するものをいう」と規定され、更に障害者基本法第2条で「身体障害、知的障害又は精神障害が在るため、長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受けるものをいう」と生活上の制限の側面から規定されている(『精神保健福祉用語辞典』P317)。
- * 当事者:社会福祉サービス等の利用者のこと。障害者福祉に関わる福祉サービスの問題は、障害者自身が問題解決の中心に位置すべきであるという認識に基づいて近年用いられている用語である。一方で、福祉が全市民共通の問題であることや障害者自身と協働する支援者や家族等も当事者ではないかという指摘もあげられている(『精神保健福祉用語辞典』P400-401)。本指針では、「当事者」を基本的に福祉サービスの利用者の意味で使用している。
- * クライエント:一般的な意味としては、依頼人、顧客、来談者、患者などであるが、 ソーシャルワークにおけるクライエントとは、保健・医療・福祉の諸サービスを利 用する個人、家族、グループ、コミュニティなどのことを指す。近年では援助を受 ける側の主体性を重視する観点や市民として積極的にサービスを利用するという 意味で、福祉サービスの利用者 (ユーザー)、消費者 (コンシューマー) の用語が 多く用いられてきている(『精神保健福祉用語辞典』P114)。
- * 患者:本指針では、医療機関のユーザーという意味で**患者**という表記を使用している。

●ソーシャルワーク、ソーシャルワーカー、ソーシャルワークサービス

国際ソーシャルワーカー連盟(IFSW)は「ソーシャルワーク専門職は、人間の福祉(well-being)の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人びとのエンパワメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人びとがその環境と相互に影響し合う接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である」(IFSW:2000)としてソーシャルワークの定義を採択している。本指針のソーシャルワークの定義も IFSW の定義に基づくものであり、ソーシャルワーカーはソーシャルワーク専門職を指している。またソーシャルワークサービスとは、上記のソーシャルワークにおけて具体的に提供されるサービス内容の総称を意味する。

●精神保健福祉士、ソーシャルワーカー

精神保健福祉士は精神保健福祉領域におけるソーシャルワーカーの国家資格の名称である。本指針では、「精神保健福祉士」と精神保健福祉領域の「ソーシャルワーカー」を同義として捉え、その定義は、精神保健福祉士法に基づく定義に加え、社団法人日本精神保健福祉士協会が採択している倫理綱領を遵守するものと位置づける。

●専門職、福祉専門職

「専門職」は、伝統的に高度な知識・技術を用いた職と位置づけられてきた。こうした 属性モデルに基づく専門職論の視点から、ソーシャルワーカーは「専門職ではない(フレックスナー:1915)」と指摘されたことは有名であり、准専門職と位置づけられてきた経緯 もある。しかし「技術的熟練者」とは異なる「反省的実践家(ショーン:1983)」としての 専門職像が提示され、近年、我が国においても専門職論のパラダイムの転換が試みられて いる。ソーシャルワーカーの専門職論については、今後も議論が進められる課題であり、 本指針ではこれらの専門職論を念頭に入れて使用するものとした。

また本指針では、医療専門職等と異なる専門職としてソーシャルワーカーの独自性を示す場合には、「福祉専門職」の用語を使用している。

●支援、援助(援助過程・援助技術)、介入、アプローチ

ソーシャルワーク実践過程については、これまで「処遇」「介入」「援助」「支援」など様々な用語が使われてきている。伝統的ソーシャルケースワークにおいて援助方法を決定することを「処遇(トリートメント)」としてきたが、人と環境の全体性に着目した生活モデルの考え方から「介入」という言い方がなされるようになってきた(『精神保健福祉用語辞典』P262-263)。一方、ソーシャルワーク実践過程では、直接援助技術、間接援助技術、関連援助技術とあるように「援助」という言葉が多く用いられてきたが、ソーシャルワークサービス利用者が問題解決の主体であるという考え方から、今日「支援」という言葉がより多く用いられてきている。

以上を踏まえて、本指針では、基本的に「**支援**」の用語を使用している。また、危機介入やアウトリーチなどのソーシャルワーカーからのより積極的または迅速な対応が必要な場合には「**介入**」を使用し、ソーシャルワーク実践モデルや方法とセットで表現する場合は「**アプローチ**」の用語を使用している。

●連携、ネットワーク、ネットワーキング、地域ネットワーク、コーディネート

これらの用語もソーシャルワーク分野で多く使用されているが、それぞれの用語の厳密 な区別は不十分で曖昧さを含んだ概念でもある。

本指針では、「連携」をソーシャルワークにおける様々な「つながり」の総称を表す用語

として使用する。また「医療連携」「地域連携」など、連携を示す用語が今日多くあげられているが、本指針で重視するのは連携の目標設定である。つまり、ソーシャルワークにおいて「何のために」連携するのかを問うことが基本であり、本指針の「連携」とは、当事者支援のための「連携」を意味する。

本指針では、「**連携**」を広義の用語と位置づけた上で、「ネットワーク」「ネットワーキング」「地域ネットワーク」「コーディネート」の用語を文脈に応じて使用している。以下にそれらの用語の定義を示す。

- * ネットワーク:「資源・技能・接触・知識を有している人々ないし組織相互のインフォーマルまたはフォーマルな結びつきとその働きであり、様々なサービス間における連携の網の目のようなきめ細やかな活動」(『精神保健福祉援助技術総論』P190)。
- * ネットワーキング:ネットワークの形成過程やそれを維持していくプロセス(『精神保健福祉援助技術総論』P191)、福祉・保健・医療の専門機関間で、互いの専門性を駆使し、社会の中で人々の生活支援を包括的に行うための協働体制を利用者と共に形成することであり、そのプロセスを含む(福山:2009)。
- * 地域ネットワーク:地域を舞台として展開される異質で関連性のある人的・物質的 資源の有機的結びつきとその作動態様(田中: 2001)。
- * コーディネート:援助関係においてよりよいサービスが提供されるよう調整していくこと(『精神保健福祉用語辞典』P153)。

●メンタルヘルス、精神保健

「メンタルヘルス」と「精神保健」は同義であるが、「精神保健」の言葉は「精神保健福祉」や「精神医療」と混同して使用される場合が散見される。よって、本指針では「メンタルヘルス」の用語を使用し、以下のように定義する。

* 精神保健(メンタルヘルス)とは、人々の健康のうち、精神面での健康を対象として、精神障害を予防または治療し、精神的健康を保持増進させる諸活動を言う。狭義の精神保健は、精神障害者を対象に早期発見・早期治療による精神障害の悪化を予防すること、リハビリテーションや福祉活動を進めてその能力を高め活動の場を広げていく取組みを指す。一方、広義の精神保健は、社会の全構成員を対象に一人ひとりが著しい不適応状態に陥ることなく、精神の健康を維持し向上させる取組みを指す(精神保健福祉用語辞典 P328)。

●アセスメント、心理社会的アセスメント、モニタリング

「アセスメント」とは、ソーシャルワークにおける事前評価または初期評価とも言われ、 インテーク、情報収集に次ぐ局面として支援の方向性を定める機能と考えられている。今 日では、アセスメントがソーシャルワークの全過程において羅針盤のように機能するとい う捉え方 (渡部 1999) や、ソーシャルワークの各局面が互いにフィードバック機能を持って進められるというモデル (大田 1999) がある一方、ソーシャルワークにおいて、個人・集団のニーズと環境の事前評価や、複合レベルの介入の必要性を的確に事前評価することが重要であることが指摘されている (藤原正子、2004)。

本指針では、ソーシャルワークの過程を各局面に沿って説明しており、初期段階におけるタイムリーで的確な評価機能の重要性に鑑み、アセスメントを初期評価の意味で用い、 その後の展開における評価を「モニタリング」(プロセス評価) として区別して用いている。

またソーシャルワークアセスメントは「心理社会的アセスメント」と同義として捉えているが、医療機関では医学的アセスメントや看護アセスメントなど多様な専門職によるアセスメントが行われている。こうした他職種のアセスメントとの違いを表す場合には「心理社会的アセスメント」の用語を使用している。

●チーム、チームアプローチ、チーム医療

「チームアプローチ」とは、他職種の専門家により構成されたチームによる対処の方法を意味し、共通の目標に向かって一貫した統一性のある対応を必要とされる。チームアプローチが必要となった背景には、医療分野における高度化や専門分化、利用者ニーズの多様化に対して問題を多元的・重層的に捉えて対応することが求められてきたことがあげられる(『精神保健福祉用語辞典』P376)。

チームには、同一機関内の他職種間または同職種間、他機関間の他職種間または同職種間など様々な形態がある。また近年では、専門家によるチームアプローチだけでなく、ボランティアや当事者との連携を含めたチームの必要性も示されている(『精神保健福祉援助技術各論』P228-229)。

「チーム医療」とは、チームアプローチの中で医療機関における医師、看護師、精神保健福祉士などで構成された形態を示す。チーム医療が機能するには、医学的な問題だけでなく、心理的、社会的側面を含めた包括的な取組みをチームで共有することが重要であり、相互に専門性を尊重しあうことが求められる。

●Well-being、福祉、社会福祉

「Well-being (安寧)」とは、「穏やかで平和であること」であり、IFSW のソーシャルワークの定義でソーシャルワークの目的が Well-being (人間の福祉) であることを示している。本指針でも、社会福祉及びソーシャルワークの諸活動は人と社会の Well-being を目指したものという前提に立ってこの用語を使用している。

「社会福祉」の定義は様々であるが、本指針では、以下の定義をもって使用している。

* 社会福祉: 社会保障や社会福祉の諸制度を包含したものを社会福祉と捉える視点に加えて、社会福祉の実践活動であるソーシャルワークを含めて概念規定する視点が

見られる。古川によれば「現代社会において、生活の主体としての市民(生活者)の自立生活を支援し、その自己実現と社会参加を促進するとともに、社会の成熟性と統合性を高めることを目標に展開される特有の歴史的・社会的な施策・制度そして活動の体系であり、その具体的な内容をなすものは市民の社会生活上のニーズの充足あるいは軽減緩和し、最低生活水準の確保、自立生活能力の育成、日常的自立生活の維持・援護を図ること、またそのために必要とされる社会資源の開発・調整ならびに利用の促進を図ることをめざして、各種の機関、施設、そして地域社会において展開される専門的な援助活動ならびに社会活動の総体」と定義している(『精神保健福祉用語辞典』P222-223)。

●ニーズ

「ニーズ」とは、人間が社会生活を営む上で身体的・心理的・社会的なものについて、ある集団や個々人が必要不可欠な基本的な要件を欠いた状態である。また内外の刺激の影響を受けて行動を発現させる内的状態である。三浦は「何らかの基準に基づいて把握された状態が社会的に改善・解決を必要とされると社会的に認められた場合に、その状態をニードとすることができる」(三浦:1985)と定義している(『精神保健福祉用語辞典』P412-413)。

また、ブラッドショー (1972) は、ニーズを「ノーマティブ (規範的) ニード:専門家が一定の状況で定義するニード」、「フェルト (体感的) ニード:利用者自身の欲求」、「表明されたニード:利用者自身の欲求を他者に表明したもの」、「比較ニード:同じ状態にある他の対象との比較で捉えるニード」の4つを分類して定義している(『精神保健福祉援助技術総論』P126-127)。

これらを踏まえて、上野千鶴子・中西正司ら(2008)は、当事者と関係者のダイナミックな相互作用によって潜在していたニーズは顕在化すると捉え、社会的承認を求める過程の中で「承認ニーズ」「要求ニーズ」「庇護ニーズ」「非認知ニーズ」の4類型に分けて考える当事者主権のニーズ論を近年提起している。当事者の考えるニーズと、支援者の考えるニーズのずれをどのように考えるのか、精神保健福祉士の業務遂行にとっても重要な視点を提起している(『ニーズ中心の福祉社会へ』)。

●自己決定

自己決定を尊重することは、バイスティックの 7 原則にもあるようにソーシャルワーク の基本原則であり、精神保健福祉士の倫理綱領にも定められている重要な概念である。「自己決定」とは、個人や集団、地域住民が、自ら抱えている問題やニーズを認識し、その解決あるいは目標達成に向けて自らがなすべきことや方法も含めて、自分で考え判断し、自己の責任で選択し、決定していくことを意味している(『精神保健福祉用語辞典』P192)。

一方、自己決定は決して個人が自己完結して行う行為ではなく、他者や社会との相互作用においてなされる行為である。社会福祉の分野では、自己決定の機会が奪われたり十分に保障されない立場にある人々の自己決定の権利が最大限尊重されるために、ソーシャルワーカーがかかわることに意味がある。バイスティックも自己決定を保障することがソーシャルワーカーの積極的なかかわりを避けることではないことを明示しており、またブツリム(2000)は、自己決定には自己決定権が侵害されないようにするという意味(消極的自己決定)と、物事の視野を広め選択肢を広げて自身を成長・発展させるという意味(積極的自己決定)との両者があると示している。

●権利擁護

「権利擁護(アドボカシー)」とは、代弁・弁護する、ある側を支持し共に主張すること、そして「アドボケート」はそれを行う人を意味する。元来は、障害者等社会的に弱い立場に置かれた人々が適切なサービスを受けられずに放置されたり、虐待等の権利侵害を救済・解決するための法や制度を活用しにくい状況に対して障害者の身近にいて直接希望を聞き、その人の立場に立って援助する活動として欧米で始まった。中立的な立場から裁定を下すオンブズマンとは異なる。意思決定のあり方に注目して、既存の医療や福祉のパターナリズムのなかで、障害者当事者が孤立して自己決定を迫られるのではなく、周囲の専門家、仲間、市民といった多様な人々が連携して支えることで、自己決定を可能にするシステムであるとの捉え方がなされている(『精神保健福祉用語辞典』P132-133)。

●エンパワメント

「エンパワメント」とは、社会的に不利な状況に置かれた人々が、その問題状況を自ら改善するパワーを高め、主体的にその状況に働きかけ改善すること、あるいはその過程を意味する。1980年以降のソーシャルワークにおける重要な概念として位置づけられ、それまでのソーシャルワークが、問題解決そのものに主眼を置いてきたことでクライエントに無力感をもたらし非力な存在に追いやってきたという反省が生じてきた。ソーシャルワーカーは、クライエントに対する信頼をもとに、環境に働きかける主体、問題解決に向け自己決定していくクライエントのパートナーとして対等な関係を築くことが重要である(『精神保健福祉用語辞典』P46)。

●ストレングス

「ストレングス」とは、個人または集団があらゆる側面において固有にもっている能力、 才能、資源、適応力などを総体とした強さを意味する。内的・外的働きかけによって、発 達・成長するものである(『精神保健福祉用語辞典』P299)。

●リハビリテーション

「リハビリテーション」は、障害者福祉の歴史的発展と共に変化している概念である。WHO (1969) は「医学的、教育的、職業的手段を組み合わせ、かつ相互に調整して訓練あるいは再訓練することによって、障害者の機能的能力を可能な最高レベルに達しせしめること」と定義し、「国連・障害者に関する世界行動計画 (1982) では「身体的、精神的、かつ社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、各人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことを目指し、かつまた時間を限定したプロセスである」と定義している。こうした「リハビリテーション」の捉え方の変化の背景にはノーマライゼーションの理念の発展が大きく影響している。また「リハビリテーション」には、「医学的リハビリテーション」、「職業リハビリテーション」、「教育的リハビリテーション」、「社会的リハビリテーション」といった様々な側面からのアプローチを示す括的な概念と言える(『精神保健福祉論』)。

精神科リハビリテーションの定義として、「精神障害に伴う重度の社会的原因を明らかにし、予防し、最小にすると同時に、個人が自ら才能を伸ばし、それを利用して、社会的役割の成功を通して自信と自尊心を獲得するのを助ける過程(ウィング&モリス)」、「長期にわたり精神障害を抱える人が専門家による最小限の介入で、その機能を回復するのを助け、自分で選んだ環境で落ち着き、自分の生活に満足できるようにすること(アンソニー)」があげられる。単に障害者個人への働きかけでなく、環境にも働きかけることを通して、障害者の社会的復権、平等、連帯を目指すことであり、その理念はノーマライゼーションと社会参加といえる(『精神保健福祉用語辞典』P524)。

●リカバリー

リカバリー概念の普遍的定義はないが、パトリシア・ディーガンは「リカバリーは、一つの過程、生活の仕方、姿勢、日々の課題への取り組み方である。それは完全な直線的過程ではない。時々、われわれの進路は気まぐれで、われわれはたじろぎ、後ずさりし、取り直し、そして出発する…求められることは課題に立ち向かうことであり、新たな価値ある誠実さと能力障害の範囲内かそれを超えた目的を回復させることである。願いは、意味のある貢献ができる地域で、生活し、仕事をし、人を愛することである」と述べている(『ストレングスモデル』P35)。

「リカバリー」とは、病気や障害によって失ったものを回復する過程であり、人生の新しい意味と目的を作り出すことを指す(『精神保健福祉用語辞典』P522)。医学的観点から論じられる回復過程とは区別して用いられる言葉であり、その人自身の生き方が満足、希望、社会的寄与、成長における新たな意味と目的をもたらすことを意味している(『精神保健福祉援助技術総論』P34)。

●危機介入

「危機介入」とは、日常生活において個人及び家族が、従来用いてきた対処方法では対応できない問題や課題に直面し不均衡状態に陥っている状況に対して、積極的・直接的に介入し危機状況からの回復を目指すための方法を意味する(『精神保健福祉用語辞典』P86)。

●ソーシャルアドミニストレーション

「ソーシャルアドミニストレーション」とは、一般的には「社会福祉運営管理」と邦訳され、狭義には社会福祉施設や機関などの管理運営を指し、広義では国や地方自治体の社会福祉制度・政策や行政などの社会福祉組織の諸活動の全体が含まれる。各種の社会福祉組織・機関・団体などがその目的達成のために用いる手法や手段の選択と、それらを効果的、円滑に実施するための一連の過程とされる(『精神保健福祉用語辞典』P355)。

※これらの用語の整理にかかわる参考文献については、巻末資料を参照のこと。

3. 各分野の業務指針

(1)地域生活支援における業務指針

●まえがき

地域分野における精神保健福祉士業務は、精神障害のある人や家族が主体的に生きることを保障するために、個人とその家族や集団及び社会全般にソーシャルワークに基づくサービスを提供する。

精神保健福祉士は、その過程において、精神障害のある人が障害と疾病を抱えつつ日常生活を維持し、より良い生活を目指すための支援を行う役割を担う。精神障害のある人の回復の過程を見ると、一旦疾病を抱えることにより挫折感や社会への失望感を感じる人は少なくない。自分の人生を取り戻していくプロセスとして現実を見つめ、自己を受け入れ、また他者からもありのままの自己を受け入れられる体験などを通して、主体性を回復していく。精神保健福祉士は、障害のある人が自らの人生を主体的に生きることを常に念頭におきながら、プロセスに応じた支援をしていくことになる。その際、重要とされる事柄として、常に個人と社会全体の関係性をバランスよく捉えていくことが挙げられる。また、精神障害のある人の暮らしは、制度化された精神保健福祉システムの枠の中だけで支援されているのではないことを認識しながら、その人を中心とした社会基盤全体と、精神保健福祉システム以外の制度化されていない部分にも着目し、暮らしの全体像を捉えた上で、ソーシャルワークに基づくサービスを提供していくことも必須である。

地域の特性や地理的な条件を把握した上で、どのようなニーズへの支援が不足している のかなど地域のニーズをアセスメントし、必要な合理的配慮を求め、地域社会に対して、 働きかける役割をも担う。

さらに、長期入院者の地域移行支援に伴う地域生活支援システムの整備は喫緊の課題である。精神障がいのある人が、ライフサイクルを通して、地域生活の保障がなされ、充実した就労支援等を通して、自分の生き方を自ら選択でき、自分らしく生きることを実現できる社会を創ることは、すべての市民にとっての well being に通じる重要な役割である。

そのためには、精神保健福祉士は、障がいのある人や家族のさまざまなニーズを的確に 捉え、それに対応していけるよう社会情勢を読み解いていく力量が必要となる。

ソーシャルワークサービスの質の向上を図るためには、専門性のみならず、社会性、人間性など幅広く研鑽する必要がある。

●目的

地域生活支援におけるソーシャルワークサービスは、精神障害のある人とその家族が安心して地域生活が送れるよう、心理的、社会的、あるいは身体機能面、環境面などの具体的なニーズを把握し、適切に提供されなければならない。

そのため、精神保健福祉士は、障害のある人やその家族のストレングスに注目し、将来的な希望、夢について最大限尊重する。またこれまでの生活(生育歴、教育歴、家族関係、住環境、経済状況、宗教、職業等)の背景などを含む心理社会的要素についてアセスメントし、今の生活をどう組み立てるかをクライエントとともに考える。

サービス提供においては、インフォーマルサービスをはじめ、医療機関、行政機関など 地域のあらゆる機関と必要に応じて連携協力を行う。さらに、ニーズ対応の延長線上には、 地域生活環境の改善、資源開発等も必要になる。地域生活の保障等のために、クライエン ト一人ひとりの思いや願いを受け取り、ミクロからマクロまで、クライエントを取り巻く 環境を見据え、実際の行動を起こす動機にするのがこの指針の目的である。

●対象の範囲

地域生活支援におけるソーシャルワークサービスは、地域生活をおくる精神障がいのある人、その家族等インフォーマルな周囲の人、フォーマルな機関、制度、施策を主な対象とする。またメンタルヘルスの危機に直面するすべての市民、地域社会も視野に入れた活動を行う。

●主な機能と提供されるサービス

- インテークあるいは相談・スクリーニング
- ・アセスメント (事前評価) 及び援助計画
- ・利用者への支援と他機関との連携
- · 日常生活支援
- ・資源やサービスの利用に関する支援
- ・社会参加への支援
- 就労支援
- 教育支援
- ・ピアサポート及びセルプヘルプ活動の支援
- ・集団援助、グループ運営
- •居住支援
- ・家族への支援(個別・家族教室)

- ・法的相談に関する支援
- 経済的問題支援
- 権利擁護
- ・精神科通院における支援
- · 危機介入
- ・再発・入院中の相談支援
- ・精神科以外の受診受療相談
- ・退院支援(退院・その後の地域生活支援計画)
- ・地域ネットワークのメンバーとしての役割とその調整
- ・各種障害福祉サービス事業所の運営・管理
- ・地域における社会資源の開拓、改善
- ・啓発・予防
- ・ボランティア活動の支援
- ・研修・教育・調査・研究

●対処する課題の主要なカテゴリー

- ・障害のある人とその家族の疾病、及び受診・入院したことによって起こる問題
- ・障害によって起きる日常生活上の困難なことや課題
- •職業的 教育的課題
- 法律上の問題
- · 経済的問題
- ・家族機能の問題
- ・住居及び生活設計上の課題
- 人間関係上の課題

●支援者・サービス提供者

・相談支援事業、通所サービス事業、居宅サービス事業等に従事する精神保健福祉士

●業務指針

指針1:当事者参加と主体的選択の担保

たとえどのような障害があろうと、どのような地域に住んでいようと、自分の人生を 自分で選択し、主体的に生きる権利を保障する社会を実現する。

【キーワード】

自己決定、インフォームド・コンセント、権利擁護

【基本的な考え方】

当事者が望む生活を実現するために、地域生活を支える実践において当事者参加と主体的選択を障することが重要である。またすべての過程において、当事者の意思決定が十分になされるように、具体的な支援やその方法などについて、当事者との十分な協議を基本とする。また当事者によるセルフヘルプグループ活動の支援にあたっては、本来の活動の趣旨を損なわない関与のしかたに配慮すべきである。

指針2:個別のニーズに基づいた支援計画の作成とモニタリングの実施

当事者の望む生活を明確にし、それに至るプロセスを確認することにより、必要に応じた総合的かつ継続的なサービスを提供する。

【キーワード】

アセスメント (事前評価)、ストレングス、当事者本位

【基本的な考え方】

サービスの利用にあたって、当事者とその環境のストレングスに着目したアセスメントを行い、ひとりひとりが持っているニーズを尊重し、ニーズに基づく生活の実現にむけた支援計画を立てなければならない。また支援計画に基づく具体的な支援を提供するとともに適時モニタリングを行い、必要に応じ、支援計画の修正等を行う。

指針3:当事者を中心としたチームアプローチ

常に当事者のニーズを中心に据えて、支援に関わる人・機関が連携して当事者の望む 生活の実現を目指し、フォーマル・インフォーマルネットワークを通して過不足のない 支援を行う。

【キーワード】

支援会議、コーディネート、ネットワーク

【基本的な考え方】

支援計画の作成とサービスの提供にあたっては、必要に応じて支援に関わる人・機関 と連携する。支援にかかわる人、機関が当事者のニーズや目標を共有し、支援体制を組 むことで、ここにかかわるよりも支援内容が充実したものにならなければならない。

指針4:地域社会へのコミットメント

精神保健福祉の課題について正しい知識の普及・啓発に努め、地域住民とともに安心 して暮らせる地域社会の実現を目指す。

【キーワード】

コミュニティワーク、地域コンフリクト、住民参加

【基本的な考え方】

地域連携・調整及び他機関連携のコーディネートが重要であり、従来のかかわりから 枠を広げ、分野にかかわらず多くの人、機関と繋がっていく必要がある。

指針5:必要な資源の開発及び制度・施策改善にむけた取り組み

個々のニーズから地域の課題を整理し、障害のある人が安心して暮らすことのできる 社会基盤の確立を目指す。

【キーワード】

地域アセスメント、ネットワーク、ソーシャルアクション

【基本的な考え方】

所属機関を超えて総合的に地域全体をアセスメントし、地域のネットワークを活用した資源開発及び制度・施策の改善に向けた行政への働きかけを行う。その地域の独自性を十分考慮した実践でなければならない。

指針6:事業の運営・管理

事業の運営・管理にあたっては、地域に必要なサービスを見極め、利用者の安全を確保しつつ、運営理念に基づく方針を立てる。その方針は毎年の事業計画策定に反映され、安定した事業運営が行われるよう、適時モニタリングを行う。

【キーワード】

ソーシャルアドミニストレーション、運営理念、事業計画

【基本的な考え方】

事業運営や実施するサービス自体が利用者の利益を損なうことのないよう最大限の注意をしなければならない。

(2)医療機関における業務指針

●まえがき

近年の医療機関における精神保健福祉士業務は、従来の相談室中心の業務から、デイケアをはじめとするリハビリテーションスタッフとしての業務、訪問スタッフとしての業務、地域 (病病・病診)連携業務、そして地域移行推進室業務など広がりを見せており、ひと括りでその特徴を示すことは困難になっている。また、所属する医療機関によって精神保健福祉士に期待する役割にも幅があり、むしろ拡散してきている。さらに、ようやくチームアプローチの有用性が認識されるところとなり、患者を中心とした多職種協働の実践が浸透しつつあることから、チーム内の情報共有が重要視され、精神保健福祉士とクライエント(患者)との二者関係においてソーシャルワークを展開する方向性から、チームと連動したソーシャルワークの展開という方向性へとシフトしてきていることも無視できない。精神保健福祉士が行う業務は、クライエントの利益につながることを第一義的な目的としなければ意味がないことは言うまでもないが、所属する医療機関が果たすべき役割(理念)をすべての従事者と共有しながら、その理念を具体化し現状を変えていく機能も併せ持つべきことも忘れてはならない。

ともあれ、どのような医療機関にいようと、また、どのような部門にいようと、「人の生の営みは医療のかかわりのみでは決して完結しえない」という当然のことを精神保健福祉士は肝に銘じて業務に当たる必要がある。このことが医療機関に精神保健福祉士が存在することの意味であると言っても過言ではないであろう。

また、医療機関にあって地域社会との接点を最も多く持つ精神保健福祉士は、「地域に開かれた医療」「地域の中の医療機関」という視点をもって、精神障害や精神障害のある人への誤解や偏見の除去、さらには地域住民のメンタルヘルスの保持・増進にも貢献することが求められる。

●目的

医療機関におけるソーシャルワークサービスは、本人とその家族が、病気の回復と共に、安心して地域生活がおくれるよう、生物学的、心理的、社会的ニーズ、あるいは環境 面での具体的ニーズを理解し、情報や、機会を保障する中で提供される。

精神保健福祉士は、患者を理解し、治療や精神障害の再発予防をしていく上で、患者のこれまでの生活、家族関係、住環境の整備、あるいは経済的、文化的、宗教的、教育的、職業的背景などを含む心理社会的要素に焦点をおく。医療チームのメンバーとして、精神

保健福祉士は全患者の援助計画の展開や治療計画ならびにケース検討に貢献し、治療的環境の整備と維持に協力する。

●サービス対象者

医療機関におけるソーシャルワークサービスは、すべての精神科医療サービスを必要とする人とその家族、関係者が対象になる。サービスは、患者の法的身分、入院形態、病状にかかわらず提供される。

●主な機能と提供されるサービス

- ・ 受診受療相談 (インテークあるいは受診時の評価・スクリーニング)
- ・ 心理社会的アセスメント (事前評価) 及び援助計画
- ・ 情報の提供と紹介
- 危機介入
- ・ 入院中の相談支援
- ・ 患者と家族の支援と権利擁護
- ・退院支援(退院・転院及びアフター援助計画)
- ・ 外来通院中のフォローアップ
- · 日常生活支援
- 経済的問題支援
- 家族問題支援
- 居住支援
- ・社会参加と活動への支援
- ・ 集団支援(デイケア・グループ活動・集団療法)
- ・家族への支援(家族教室・家族ミーティング・教育)
- ・ 精神科以外の受診受療相談
- ・ チーム医療のメンバーとしての役割とその調整
- ・地域における社会資源の展開、存続、協力
- ・ 研修・教育・調査・研究

●対処する問題の主要なカテゴリー

- ・ 患者とその家族の疾病、及び受診・入院したことによって起きる問題
- · 職業的·教育的問題
- ・ 法律上の問題

- 経済的問題
- ・ 家族機能の問題
- ・ 住居及び生活設計の問題
- 人間関係問題
- ・ 虐待の問題

●業務指針

指針1:受診前・受診初期の心理社会的評価(スクリーニング)

医療の必要性や緊急性を含めたスクリーニングを行う。適切な医療を、安心して受けることが可能となるための準備を行う。

【キーワード】

スクリーニング、アセスメント、危機介入

【基本的な考え方】

医療の必要性と援助対象になりうるかの評価を行う。優先すべき課題を把握し、必要な情報提供と危機介入を行う。受診する際に必要な情報を提供し、医療サービスの内容を伝えるとともに、受診する際のクライエントの不安や戸惑いを受けとめ、心理的支援を行う。医療チームの中で、あるいは患者を取り巻く家族や関係機関との間で、問題の共有を行う。クライエントのニーズが機関の機能とマッチしていない場合は、適切な機関にリファー(紹介)する。事後に振り返り評価(エヴァリュエーション)を行う。

指針2:心理社会的アセスメントと計画

治療開始後、可能な限り早期に患者の心理社会的状況を把握し、アセスメントをする。 広く家族や関係者からも情報収集する。

【キーワード】

アセスメント、支援計画、ストレングス

【基本的な考え方】

ストレングスモデルを念頭に置き、療養を阻害する要因、本人の持ち味や能力をアセスメントにより明らかにし、本人・家族・医療スタッフ・関係者らと共有する。家族や関係者からの情報収集は、患者のニーズをより的確に把握することや、支援への参加や協力を得るきっかけとなる。共有されたアセスメントを活用し、クライエントと環境と

の有機的な相互作用を促進するような支援計画を立案する。

指針3:包括的な支援の実施

支援計画に基づき、支援を行う。必要に応じて他職種や他機関への紹介を行って連携を図り、サービスを調整する。

【キーワード】

連携、コーディネート、リンケージ、モニタリング

【基本的な考え方】

患者・家族・医療スタッフ・他機関とアセスメントを共有し、包括的な支援が得られるように調整する。院内の多職種が患者の回復と社会参加に向けて協働できるよう働きかける。クライエントの問題解決に向けて関係機関と連携し、ネットワークを形成する。支援経過をモニターし、問題の解決・本人のニーズの充足を評価する。必要に応じて再アセスメントを行い、支援計画及び支援内容の修正を図る。医療機関の中で、クライエントに対する福祉の視点を醸成する。事後に支援過程の全体を振り返り評価する。

指針4:チーム医療(他職種との連携)

患者の支援計画については、多専門職により情報や方針が共有されるものであること。

【キーワード】

連携、コーディネート、ケア会議、

【基本的な考え方】

患者の治療・支援や退院計画は、あらゆる情報や多職種の専門的な意見を反映して決定され、多職種による積極的な協働によって進められることが重要である。医療専門職の中で福祉専門職としてチームに参加することには、患者の生活の場を踏まえた支援を行ううえで大きな意義を持つ。患者の生活の全体性を共有した上での医療の果たす役割を確認する必要がある。地域生活への移行・定着を意識した取り組みを展開する。

方針決定にあたっては、患者及び家族の参加を原則とする。チーム構成員の力動関係を理解した上で、適切な介入と調整を図り、最高度にチームの機能が保持されるよう努める。また、医療機関内の会議(委員会等)に出席し、福祉専門職としての意見を反映する。

指針5:地域との連携

地域との窓口の役割を担い、関係機関や地域住民との連携と協働を進める。医療機関が地域社会の資源のひとつとして公共性を保持できるよう運営を促進する。

【キーワード】

アセスメント、アンチスティグマ、地域移行

【基本的な考え方】

患者に医療サービスを提供するだけでなく、社会資源のひとつとして地域住民と向き 合い相互理解を深めていく。それによって、差別や偏見を除去し、クライエントが安心 して暮らせる街づくりや、メンタルヘルスに関する啓発に寄与することをめざす。

医療機関や病棟の活性化を図り、長期在院患者の積極的な退院・地域移行を促進する。ユーザーの視点に立った、新たなサービスを開発する。

医療機関に対する地域住民や地域資源の理解を深め、課題を共有し、不足している社会資源の開発に取り組む。地域住民のニーズに応じた良質なサービスやプログラムを開発する。

指針6:グループの活用

患者個人の支援目標に応じたグループプログラムの運営、医療機関や病棟の活性化を 目的としたグループや催事の計画の立案と実施。

【キーワード】

グループダイナミクス、リハビリテーション、リカバリー、エンパワメント

【基本的な考え方】

集団の力を利用し、具体的な生活イメージが持てるようにする。グループ場面を通し、 患者のリハビリテーションを展開する。リカバリーの視点を持ってグループ運営を図る。 患者・家族への心理教育を行う。

指針7:積極的介入(虐待、早期介入、アウトリーチ、自殺予防等)

虐待事例への対応では、早急に医療機関としての方針を取りまとめ、積極的な介入が 求められる。また、早期介入や自殺予防の事例では、患者が受診するのを待つのでなく 医療機関のほうから働きかけをして未治療期間の短縮、治療中断や自殺を防ぐよう、積 極的な介入が期待されている。必要に応じて、関係機関と連携しながらアウトリーチを 行う。

【キーワード】

権利擁護、危機介入、再発防止、関係修復

【基本的な考え方】

虐待の被害者は、できるだけ早く生命の危機から保護され、再発防止を図られなければならない。医療機関は虐待の事実を把握したらできるだけ速やかに方針をまとめ、被害者の保護に向けた行政機関との調整に入ることが必要である。関係機関との連携により、再発防止策を講じる。被害者と加害者の関係修復的心理支援を行う。

早期介入や自殺予防の事例には、家族や関係者からの情報を元に、治療の必要性をよく検討し、対象者の権利擁護に配慮しつつ、アセスメントを行う。アセスメントに基づいた支援(アウトリーチも含む)を行う。

(3) 行政機関における業務指針

●まえがき

近年、国民のメンタルヘルスへの関心の高まりと障害者福祉におけるニーズの強まり等により精神保健福祉士を配置する自治体が増えている。行政分野で活動している精神保健福祉士は、主に保健所や市町村の障害福祉部署などの精神保健福祉業務分野に配置されている。行政機関における精神保健福祉士の業務は、行政機関の種類や組織のあり方に大きく影響されるが、単に行政の都合に合わせたものではなく、国や地方自治体が担いうる積極的な意味からの専門職としての業務のあり方が望まれる。

行政機関は、国、都道府県、市町村に大きく分けられるが、ここでは国を除いた地方自 治体における業務について考える。行政機関に特有の業務として、行政機関内における関 係機関への後方支援や連絡調整、政策立案、法の執行管理などがある。また、組織育成、 研修、啓発、新たな課題による試行事業などもあげられる。このような各法令等を中心に 各機関が行うサービスや法施行事務、各種の政策立案に精神保健福祉士の専門性が求めら れている。

本指針では、サービス利用者及び地域へのサービスの質の確保と適正さを体系的に点検していくための業務指針をめざした。これらの指針はソーシャルワークの質を担保するうえで、さらに均一性のあるものでなくてはならないが、同時に多様な地域社会における様々なニーズに対応し得る幅広いガイドラインとして提供されるものである。したがって、業務指針は検証と改善を繰返し行っていく包括的過程でなければならない。

●目的

行政機関の精神保健福祉業務におけるソーシャルワークサービスは、精神障害者本人と その家族がその人の病気、回復、あるいは本人の生物学的、心理的、社会的・環境的ニー ズに対して提供される。また、その対象は単に障害や疾病のある人に限らず、すべての国 民の精神保健の向上を図ることも含まれる。(精神保健福祉法第1条)

精神保健福祉士は精神障害者のさまざまな問題解決のプロセスに直面したときに、治療歴、家族関係、居住環境、生活歴、あるいは経済的、文化的、教育的、職業的背景等を含む心理社会的要素を検討する。

行政機関における精神保健福祉士はサービス利用者の支援計画の展開やケース検討に貢献し、地域生活環境や治療的環境の形成と維持に協力する。

さらに、精神障害者が安全に、安心して暮らしていける地域社会を実現するため、行政 機関が関与して地域づくりを進めることも行政機関における精神保健福祉士の役割である。

●サービス対象者

精神保健福祉サービスを必要とする人。メンタルヘルスに関してはすべての住民を対象とする。

●主要な機能及び提供されるサービス

- ・法施行業務(措置入院に関する業務、精神保健福祉法や障害者自立支援法等による各種申請受理及び決定など)
- ・社会的高リスクケースの発見
- ·危機介入(受診·受療援助)
- •調查、研究、研修、技術支援
- ・地域移行促進と退院後のフォローアップ
- ・地域における紹介先としての社会資源の展開、存続、開拓ならびにその継続的評価
- ・施策立案、シンクタンクとしての役割
- ・自殺対策や虐待などの新たな課題への試行的事業
- ・各機関への監査・指導
- ・苦情、不服申し立てへの対応
- 普及啓発

●持ち込まれる問題の主要な種類

- ・疾病及び入院の適否、治療の必要性
- ・経済的問題(医療費、障害者自立支援法サービス利用費等)
- ・住民苦情(精神障害に関連した住民のトラブル)
- ・虐待にかかわる問題(親子の虐待、配偶者の暴力等)
- ・障害者自立支援法サービス利用の相談、障害程度区分認定(障害者自立支援法サービス利用についての相談、障害程度区分認定の依頼等)

●支援者・サービス提供者

保健所、精神保健福祉センター、市町村障害福祉部門、または障害福祉主管課等で業務を行っている精神保健福祉士。

●業務指針

「精神障害者が安全に安心して暮らしていける地域社会づくり」と「全住民が精神的健康を保つこと」を目指し、行政におけるこれらの責務の重要性を自覚し、幅広い視点をもって積極的・主体的に職務を行う。「適切なニーズ把握に基づく総合的な地域評価」、「良質の支援を多くの人に行き渡るようにすること」、「医療・保健・福祉の各領域の充実や児童や教育などの各領域との有機的連携」等を念頭に置いて業務を遂行する。

指針1:行政が行う個別支援

多様な課題やニーズに対応する必要があることから、一職員、一機関による支援ではな く、チームワーク、ネットワークによるアプローチを行う。

【キーワード】

早期発見・早期介入、危機介入、アウトリーチ

【基本的な考え方】

行政が行う個別支援において、複雑困難事例、心神喪失者等医療観察法の対象者、医療 にかかっていない人、対応が不十分な「社会的ひきこもり」「高次脳機能障害」「発達障 害」「虐待」「自殺対策」などの事例を対象とするところが特徴といえる。

また、状況によっては非自発的な対象者に対しても自己決定を最大限尊重しながら、適時、適切な介入を行う。

指針2:法施行業務

法施行業務においては、人権に配慮しつつ、その定められていることについて厳密に執 行する。また法施行業務、手続が法令通り行われていることを点検する。

【キーワード】

コンプライアンス (法令遵守)、権利擁護

【基本的な考え方】

申請や届出等の法施行にかかる業務についても、専門職の見地からのかかわりであることが要求される。

指針3:調査研究・研修・技術支援

全ての業務は政策に直結しており、その根拠は調査研究によって普遍化・概念化される ことが最善である。また、その知見を含めた新しい知識は、研修、技術支援によって普 及する。

【キーワード】

ニーズ把握、総合的な地域評価

【基本的な考え方】

地域援助 (コミュニティーワーク)、個別支援や施策立案等においては、地域診断 (調査研究) を基盤にして、これらの業務を行う。

また、先進的な知識・技術については、研修や技術支援を通して関連機関の職員に伝達していくことが必要である。

指針4:精神保健医療福祉にかかる政策立案

行政に従事する精神保健福祉士は、中・長期的観点から日々障害者のニーズを把握している必要がある。不足する社会資源創設についても計画に盛り込んでいなければ実現が困難となることもあるので、現状と今後の状況を的確に予想し提言しておくことが重要である。本庁部門に所属する精神保健福祉士だけでなく、その他の行政機関に属している精神保健福祉士も政策立案や新規事業の創設と予算の確保等に積極的に対応していく。

【キーワード】

行政計画策定、総合的な地域評価、事業化・予算化

【基本的な考え方】

行政における計画が、その後の事業の充実や予算に重要な意味をもつことを理解し、 間接的な関連領域についても精神保健福祉医療にかかわることは積極的に関与し計画に 盛り込む。

所属する自治体の行政計画(障害者計画、障害福祉計画、地域福祉計画、地域医療計画、 介護保険計画等)に、精神障害者のニーズやメンタルヘルスに関する必要事項を実現する ための方策を提起する。

|指針5:政策(事業)の実施

行政に従事する精神保健福祉士は、事業を実施することを通してその自治体の地域社会

の福祉の向上に責任を持つ。特に、精神障害者がその地域で生活できるように地域社会づくりを推進する中核としての役割を担っており、施策を確実に実行することに加え、事業を評価しよりよい施策の展開をする。併せてサービス利用者や地域住民からの意見や苦情などに的確に対応することにより、事業を見直し改善していく視点も重要となる。

【キーワード】

ニーズの評価、満たされないニーズ、事業評価、苦情解決

【基本的な考え方】

当事者・家族、支援者、関係団体、地域自立支援協議会等と連携し、現状について的確に把握する。その上で、各事業が順調に執行されているかどうか客観的に評価し、短期的観点から必要な調整等を行う。

既存のプログラムについても一度制度化されると見直されることが少ないのは問題である。的確な地域診断に基づき新規予算の獲得や増額・減額にも適切に対応していくことにより、よりよい地域づくりをめざす。

|指針6:全住民を対象とするメンタルヘルス対策の推進

精神障害に対する正しい理解を啓発することに加え、メンタルヘルス全般に関する普及・啓発や早期介入・早期支援などを効果的に行うことが重要であり、これらを通じて広く市民の精神的健康の向上をめざす。行政としては、メンタルヘルス不全になることを防ぐ観点を重視し、総合的かつ具体的なメンタルヘルス施策を進めていく必要がある。

【キーワード】

総合的メンタルヘルス対策、普及・啓発、早期発見・早期介入 アンチスティグマ、施設コンフリクト

【基本的な考え方】

精神保健医療福祉の施策は、精神疾患のある人や精神保健福祉サービスの利用者のみならず、メンタルヘルスを保持・増進する観点から全住民が対象であり、行政に従事する精神保健福祉士がその施策推進に大きな役割を担うことを理解する。

近年の自殺者数の増加、児童や高齢者への虐待の問題、災害時のメンタルヘルス等への対策は喫緊の課題となっており、これまでの主要な取り組みである普及・啓発などに加え、 具体的な目標や行動計画を策定する。

また、アンチスティグマや施設コンフリクトなどへの対応も、行政に従事する精神保健 福祉士の大きな役割のひとつである。

第Ⅳ部

業務指針の検討経過 と今後の課題 第IV部には、「提案委員会」がまとめたものを再録している。但し、「提案委員会」報告は、本報告書とは異なる部構成となっており、必ずしも記載内容が本指針と該当しないところもあることを了解されたい。

新たに「業務指針」の一部として提示するにあたって、本文には若干の修正加筆を施している。これらの責は、「作成委員会」が負うことになる。本指針がまとめられるベースが、 どのような論議を経て形成されてきたのか、参考資料としてお読み頂ければ幸いである。

1. 本指針の全体構成と活用の仕方

本指針は大きく4つの要素から構成されている。〔家〕にたとえると、第Ⅰ部が家をとりまく〔環境〕、第Ⅱ部が家を支え基盤となる〔土台〕、第Ⅲ部が主役となる〔家〕本体、第Ⅳ部がその家を〔よりよい家にするために〕の4要素となる(【図 1:全体構成とその位置づけ】参照)

第 I 部・はじめに〔環境〕:全体のなかの指針の位置づけ、目的、経緯 第 II 部 〔家〕:精神保健福祉士の業務分類およ び各分野別業務指針 第 II 部 〔土台〕:精神保健福祉士業務の基盤となる視点、理念

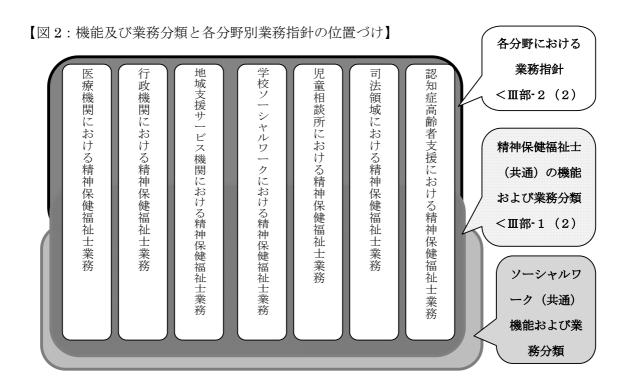
それぞれについて若干の補足を加える。

第 I 部は本指針作成にあたり、これまでの経緯、目的や位置づけなどのとりまく状況について記述した。わが国においてはソーシャルワーカーの職能団体が4つあり(日本ソーシャルワーカー協会、日本社会福祉士会、日本医療社会事業協会、本協会)それらがそれぞれに倫理綱領や業務指針、行動規範等を示している。それらの状況の整理と、本委員会が提案をする業務指針の位置づけについて、整理をする必要があった。

第Ⅱ部は、精神保健福祉士の視点・理念について記述した。精神保健福祉士が行う一つ 一つの業務はソーシャルワークの理念と視点に裏打ちされたものであり、そのことは業務 を語るときにはかならず不可欠であることが本委員会で確認をされたことであった。

第Ⅲ部は、本指針の核になる部分である。家の外枠として精神保健福祉士共通の機能及び業務分類を示したうえで、それぞれの個室として各分野別の業務指針を提示している。 ソーシャルワーク共通の機能及び業務分類、精神保健福祉士共通の機能及び業務分類、各分野別業務指針についての重なりと位置づけについては【図 2: 共通業務分類と各分野別業務指針の位置づけ】参照をされたい。

- ・ 第Ⅲ部1 (1) 業務特性に関する表:業務の基盤となる理念である倫理綱領の倫理基準をもとに、精神保健福祉士の責務、業務遂行の目標、目的を要約し、具体的な機能を整理した。
- ・ 第Ⅲ部1 (2) 精神保健福祉士の機能及び業務分類:機関や対象にかかわらず、精神保健福祉士共通にもつべき機能と最大公約数の業務を列挙したものものである。
- ・ 第Ⅲ部2 (1) 各分野別業務指針の前提として、精神保健福祉士の活動領域の整理の 一覧を示した。
- ・ 第Ⅲ部2 (2) 各分野における業務指針:各分野において、業務を遂行していくにあたっての方針、手引きとなるものを示した。第Ⅲ部1 (2) 精神保健福祉士機能及び業務分類とあわせて活用するものである。



さらに第IV部では、よりよい家にしていくための今後の課題について記した。

2. 提案委員会:「業務指針」作成の手順

本指針作成にあたって、まず「提案委員会」は以下のような手順を踏んで、素案をまとめてきている。

(1) 委員構成について

委員会発足にあたり、多分野多領域からより医療(病院、クリニック、アルコール、自治体総合病院)、地域、行政(市町村、保健所、精神保健福祉センター)、認知症高齢者、産業メンタルヘルス、災害支援、学識経験者等計 10 名で構成し、なかでも実践において理念を掲げ、質の高い支援を提供されている精神保健福祉士とした。それによって、理想的かつ未来志向的ビジョンを持った業務指針の作成を目指した。

(2) 全体構成の作成

各委員による業務に関するプレゼンテーション、それによるディスカッションのなかから重要な点について項目を挙げ、カテゴリー化し整理した。さらなる議論を積み上げ改訂を重ねた。

(3) 精神保健福祉士の機能及び業務分類の作成

① 日々の業務に関する業務レポートの作成

各委員の日々の業務に関するレポートを作成し、委員会のなかでプレゼンテーションを実施。あえて共通項目を設定せず各々が項目立てをすることによって分野ごとの特徴があらわれた。

② 各分野別業務一覧の作成

①の業務レポートにおいて、どの分野・職域の共通する項目及びそれぞれの特性を整理するために共通項目を設定し、組みなおす作業を行った。

具体的作業としては①のそれぞれの業務レポートを比較検討し、共通する項目を 設定、①の業務一覧を組みなおし、さらに医療分野、地域支援分野、行政分野ごと にまとめた。医療、地域、行政に分けて、①の業務一覧を組みなおした。

③ ②の業務一覧からキーワードを抽出し、カテゴリー化 キーワード 延べ537.214 種類 抽出。43 機能にカテゴリー化される。

④ ③を基に共通業務分類の作成

43 機能をさらにカテゴリー化し、それぞれのキーワードから①及び②で挙げられている業務内容について整理をした。

作業の工程としては、①及び②では業務内容を中心にまとめられた内容を、さらに機能ごとにそれらを組みなおす作業を行った(【図 3:機能及び業務分類作成プロセス】参照)。

【図3:機能及び業務分類作成プロセス】

相談		個人										集団			社会	
sw A	生き方に 関する相 談・支援 提 を 変 を 変 を が を で の の の の の の の の の の の の の の の の の の	医療に関	住まいに関する相談・支援	働くことに 関する相 談・支援	経済的問 題に関す る相談・支 援	に関する	家族に関 する相談・ 支援	憩いの場 に関する 相談・支 援	その他	グループ 活動に関 する援	セルフヘルプ グループに 関する支援	その他	差別や偏 見に関す る支援	その他	政策改善	その他
インテー ク 情報の収 集	①、②の業務抽出の視点															
未 アセスメ ント			どんな暮らしがしたいのか。どこに 誰と住みたいか。できることはなに か。													
面接			例) 心理的揺れへのサポート、具 体的な生活に関する相談等々													
調整	業		例) 家族との調整、機関内の調整、 連携機関との調整													
紹介	務		例) GHやCH等の紹介、アパート探 し													
情報提供	分 →類 →		例) 利用できる制度、地域にある資源、													
制度利用	再		例) GH利用、生活保護													
リンケー ジ	構成		例) GHへの体験入居等における情報の交換、話し合い、できたことや課題の共有等、入居時における心理的サポート等													
権利擁護	の 視−		例)													
ネット ワークづ くり/維	人点															
資源開拓 /開発			例) GHをつくる、アパート探し、等													
組織化 (仲間レ ベル)			例) GH内の仲間づくり(交流会等グループワーク)													
その他																

(4) 各分野における業務指針の作成(第Ⅲ部2(2))

- ① 根拠となるデータ
 - (3) ②をもとに各分野ごとに指針を作成する。
- ② 枠組みについて検討

NASWの業務指針の枠組みを参考にすることとし、医療分野、地域分野、行政分野については委員内でワーキンググループを構成して作成。認知症高齢者、産業メンタルヘルス、災害時におけるソーシャルワーク、ソーシャルワーク教育についてはそれぞれの分野に携わっている委員に依頼。児童、学校ソーシャルワーク、司法領域におけるソーシャルワークについては委員外でそれぞれの業務に携わる精神保健福祉士に作成を依頼した。

(5) 精神保健福祉士の活動範囲の広がりを知る

本指針作成理由のひとつとして、近年精神保健福祉士の活動範囲が拡大していることが挙げられる。それらを網羅するためには児童相談所、学校、司法領域などにおける各分野で活躍する精神保健福祉士から、業務内容とその特徴について情報を提供してもらうなどの協力を仰いだ。また、各分野別業務指針作成においても執筆を依頼した。

(6) 利用者及び他職種へのアンケートの実施

利用者及び他職種にとって精神保健福祉士はどの程度の認知度があり、どのような仕事(業務)を行う職種として認識されているのか、またどのような期待をしている

のかについてアンケートを実施した。アンケートの配布先は、本委員会委員により手渡しで協力を依頼し、配布回収できる範囲とした。利用者の回答数 89、他職種の回答数 64 であった。これらのアンケート結果をふまえ、精神保健福祉士の機能及び業務分類の作成を行った。

3. 今後の課題

(1) 本指針が盛り込めなかった今後の課題

① 視点及び理念に裏打ちされた「業務」

精神保健福祉士が業務を行っていく上でそれを支える理念及び視点は不可欠である。本指針において精神保健福祉士としての理念及び視点についてまとめているが、これらと業務分類及び機能、各分野別業務指針は切り離すことのできないものである。クライエントを対象化するのではなく、クライエントとのかかわりをとおしてクライエント自身の語りに耳を傾け、寄り添いながら、彼らを理解し、そして彼らの真のニーズを的確に捉えていくプロセスと、そのことからすべての業務を展開していく専門性、そこには当たり前の人としての権利を保障すること(権利擁護)や、「生活者」として捉えること、彼らを理解する上で人と状況の全体性の中で理解をすること、真のニーズへ支援を展開していくうえでは自己決定の原則が流れていることなどが、それぞれの業務に裏打ちされた理念であり視点である。

本業務分類及び業務指針を作成作業においては、これらの「理念」や「視点」の重要性に多くの議論を費やしたものの、実際に作り上げたものを読み通すと、これらの「業務」の根底にある「理念」や「視点」が見えにくいものとなってしまっている。本来、目指したいところは、「業務」をみていくと、精神保健福祉士の「理念」や「視点」が浮かび上がってくるようなものを作ることである。今後の改訂作業の課題としたい。

② 精神保健福祉士と利用者等とのかかわり及び力動性

精神保健福祉士は、クライエントとのかかわりのなかで互いの存在を確認し、その 力動性をとらえながら支援を展開していく専門職でもある。しかしながら、「業務」 を抽出し、羅列していくと、そこにクライエントの存在が見えにくく、またその関係 性や力動性の中で展開をしていく専門性をあらわすことが困難であった。現実的に、 精神保健福祉士の業務指針及び業務分類に、これらの関係性や力動性をあらわそうと することは困難なことかもしれないが、専門職として欠かせない視点であることを位 置づける必要がある。

③ 医療中心から地域中心へのパラダイムの転換がなされているか

これまで精神保健福祉士(精神科ソーシャルワーカー)の所属している機関は医療機関が中心であったところから、精神障害者社会復帰施設や小規模作業所等、医療機

関外の地域のさまざまな社会資源へとその職域を拡大し、現在はスクールソーシャルワーカーや産業ソーシャルワーカー、また大学でのソーシャルワーク教育等々へと広がってきている。それにあわせて、精神保健福祉士の視点は地域生活中心へとパラダイムの転換がなされ、あわせてその業務も大きく転換しつつある。これからも変化を遂げていく社会情勢と精神保健福祉士への役割期待に見合った、パラダイムの転換がなされ、10年先を見据えた業務指針となりえているのか、精査が必要である。

④ 家族への支援及び業務の確立

わが国においては精神障害のある人々の家族が、「精神障害者の家族」としてだけの人生を歩むのではなく、一人の生活者として、自分自身の人生を歩めるような支援をしていくことは、他職種ならぬ精神保健福祉士の重要な視点であり、役割であろう。それらについての業務の未確立であり、今後、家族への支援をどのように業務として位置づけていくかは重要な課題である。

⑤ 責任を伴う業務について(裁量権)

1989年採択の「精神科ソーシャルワーカー業務指針」でも挙げられていた裁量権について、国家資格化された今、再度問うていかなければならない。精神保健福祉士とは名称独占の国家資格であり、精神保健福祉士しかしてはいけない「業務」があるわけではない。一方で、介護保険法の下では、任用資格である「介護支援専門員」が、認定調査や支援計画を作成することができるという半ば「業務独占」的な資格となっていること、また障害者自立支援法の下では、「サービス管理責任者」がいなければ事業所を開設できないなど、任用資格でありながら「業務独占」的な新たな資格が福祉領域にはますます増えている。

一方、精神保健福祉士においては、障害者自立支援法によってこれまで精神障害者社会復帰施設に規定されていた必置義務は消滅し、改めて精神保健福祉士の存在意義を獲得していくことが重要課題となっている。

裁量権をもち、責任を持つ業務を獲得していかなければ、他職種とは固有の生活者の視点を持ち、社会福祉学を基盤においた専門職として、利用者の権利を保障することが危うくなるのではないか。また、裁量権を主張するためには、精神保健福祉士の固有の視点の確立と専門職としての質の担保が課題である。

⑥ 雇用主の業務指針(行動規範)の作成の必要性

精神保健福祉士は、常に雇用主 (所属機関の長)の経営理念、援助方針また精神保健福祉士に対する理解などに影響を受け、専門職としての理念を実践することとの狭間でつねにジレンマを抱えながら業務を行っている。本指針作成においては「精神

保健福祉士の専門性の到達点である理想形を示す」ことを目的としたが、単なる「理想形」として飾っておくのではなく、現実化していくためには、雇用主に対し精神保健福祉士を活用するための「業務指針」を作成し、精神保健福祉士業務を周知徹底していくことが必要となる。

質の担保をしていくための研修・研究の保障についても、雇用主の理解は不可欠である。本指針とあわせて雇用主の業務指針の作成はセットであり、喫緊の課題である。

⑦ 精神保健福祉士実践レベルにおける求められる機能及び役割の整理

すべての精神保健福祉士が、すべての業務を均一にこなせるわけではない。本協会では精神保健福祉士の成長過程を初任者、中堅者、熟練者と3段階にわけて実践のレベルを表してきている。これらの実践レベルそれぞれに求められる知識、技術、価値等は異なっている。社会的認知をうけ、国民に安心して活用される専門職となるためにはそれらを明確にしていくことが求められるだろう。

さらに、精神保健福祉士として国家資格を受けるまえの実習レベルではどこを到達点とし、その後のOJT、Off-JTのなかでどのような成長プロセスをたどり、利用者の信頼に足る精神保健福祉士に育てていこうとしているのかを検討しなければならない。本協会生涯研修センターとすり合わせを行いながら、実践レベルに応じた機能及び役割の整理が必要であり、今後本指針に盛り込むべき課題のひとつである。

⑧ 分野別業務指針についての課題と機関別業務指針の必要性

本指針においては、職域拡大の状況にかんがみて分野別業務指針の作成を試みた。 本指針では、時間的及び人的制約の中での作成となり、十分に議論をされたものでは ない点が課題であり、今後、第三者による推敲をふくめて、更なる吟味を要する。

また、今回は業務指針の形にはいたらなかった児童領域や司法領域、災害時における精神保健福祉士業務、ソーシャルワーク教育などについての業務指針の作成は課題である。

さらに、それぞれの分野のなかの各機関(または事業)別業務指針を作成することが求められる。より具体的な指針を示すことで、それらを裏打ちしている「理念」や「視点」を表すことができるものを目指したい。

⑨ 利用者や他職種にとってわかりやすい業務指針

精神保健福祉士の認知度の低さについては本委員会が実施したアンケート結果に おいても示されている。精神保健福祉士がどのような視点をもち、具体的にどのよう な仕事をすることを専門にした職種であるのかについて、利用者や他職種にとっても わかりやすいものを示していくことは、精神保健福祉士がその専門性を生かして業務 を展開していく上では欠かせない環境条件のひとつとなる。

今後、本指針のダイジェスト版を別途作成するなど、利用者や他職種にもわかり やすいものの作成が課題である。

⑩ 生活者の視点に基づいたソーシャルワーク的予防の確立

産業ソーシャルワークやスクールソーシャルワークなどメンタルヘルス領域へと精神保健福祉士の職域が拡大してきていることに伴って、これまでの保健・医学的予防とは異なった生活者の視点に基づいたソーシャルワーク的予防の確立が必要ではないか。それは、機能的に病気や障害にならないことを目的とした予防ではなく、生活者として生活がしづらい状態におちいらないための生活上の工夫や、また生活がしづらい状態になったときに、より複雑化しないための相談等の支援体制の充実とその周知などである。未確立な領域ではあるが今後重要な課題となっていくであろう。

4. 用語の整理及び概念規定

指針作成過程において、それぞれの事項に掲げる用語については、所属機関、背景などによりその使い方があいまいであり、共通言語となっているようで、微妙なニュアンスや解釈に差異があることが明らかとなった。今後、より正確かつ共有されうる業務分類及び業務指針を作成していくにおいては、用語についての精査及び再整理は不可欠な課題である。本指針だけでなく、専門職能団体である本協会全体としての用語の使い方、解釈についての整理表を作成していくことも必要と思われる。

提案委員会が列挙した用語のうち、以下の用語については、本指針の第3部で定義を 試みている。

- ○精神障害者(精神障碍者、精神しょうがい者、精神に障害のある人など)
- ○精神保健福祉士と精神科ソーシャルワーカー (PSW)
- ○福祉と社会福祉
- ○援助と支援/介入
- ○権利擁護
- ○自己決定
- ○エンパワメント
- ○ストレングス (視点)
- ○連携/調整/リンケージ/依頼/紹介
- ○モニタリング (プロセス評価)

なお、以下の用語については、なお検討が加えられておらず、今後に積み残されている。

- 自己実現/その人らしい生活
- 回復
- 主体性
- 社会資源
- ピア、セルフヘルプ
- 心理・社会的 (psycho social)

おわりに

「精神保健福祉士業務指針」作成委員会がスタートし、第 1 回目の会議を開催したのが 2009 年 6 月 7 日。本報告書を提出し、理事会の討議に付されるのが翌 2010 年 3 月 6 日で あるから、委員会としての活動期間は、実質 8 ヶ月ということになる。

既に前身の「提案委員会」がまとめた報告書がベースにあるとは言え、この短期間に約7万字に及ぶ「業務指針」を成文化していく作業は、極めてタイトな日程であった。土日を返上しての会議や、都心の会議室で終日缶詰状態で行われたワーキンググループなど、委員10人の熱意と使命感がなければ成し遂げられなかった。精神保健福祉士として各領域での勤務経験を長くもつ委員各位の、精力的な取り組みと努力に改めて感謝申し上げる。

「提案委員会」が各委員の現場業務レポートから議論を積み上げ、業務指針の骨格を形成していったのを受けて、「作成委員会」は、その成果をベースとして、当初から分野別のワーキンググループを組み、各論部分から総論的部分の帰納的組み立てをめざした。

せめて、もう少し時間的な余裕があれば、討議を深めたかった事柄は多々ある。「提案委員会」が提起した、精神保健福祉士としての視点、理念、特性等についても、新しいメンバーでの検証をもっと加えたかった。各分野別の業務指針についても、地域・病院・行政についてはかなり議論を重ねてきたが、学校・産業・認知症については手つかずであり「提案委員会報告」をほぼそのまま採用している。自らのポテンシャル不足もあり、悔いが残るが、このまま提出して協会構成員の議論にゆだねたい。

ひとつ「作成委員会」の成果として取り上げるとすれば、業務指針の中に「用語の定義」に関して叩き台を示したことであろう。本来、専門職として使用する言葉はきちんと定義され共有されていることが当たり前である。定義が共有されていないと、言葉を発する人の背景や情感により意味はすれ違い、議論は堂々巡りとなってしまう。かつて誰もが学校で学んできたはずの言葉も、時代とともに変化し、新しい知見と実践を主張するようになる。今後、精神保健福祉士養成校協会と合同で、「用語の定義」に関する常設の委員会を設置することなども検討して頂ければと思う。

また同様に、今回の「業務指針」に止まらず、日常業務のマニュアルとなる「実務基準」の検討も為されて然るべきであろう。他専門職種に互して自らの専門性を堅持するためにも、また、後進の学生や若手に精神保健福祉士業務の神髄を伝えて行くためにも、ガイドラインをより具体化したマニュアルの作成が、どうしても必要であると考える。

今回の指針作成が、精神保健福祉士の専門職としてのスキル向上とコンピテンシー獲得 への第一歩となれば幸いである。

「精神保健福祉士業務指針」作成委員会 委員長 古屋 龍太

参考文献一覧

「精神保健福祉士業務指針」の提案・作成にあたっては、以下の文献を参考とした。

【第Ⅰ部】

- ・日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会;精神科ソーシャルワーカー業務指針、 1989 年 7 月 総会採択
- ・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集;日本精神保健福祉士協会員に関する業務統計調査報告(平成13年10月全国調査)、2004
- ·業務検討委員会中間報告案(未定稿)、社団法人日本精神保健福祉士協会、 2006 常任理事会 資料
- ・柏木昭編著;新精神医学ソーシャルワーク、岩崎学術出版、2002
- ・全国精神保健福祉相談員会編集,精神保健福祉相談ハンドブック、中央法規出版、2006
- ・日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会調査研究事業委員会;アルコール依存症リハビリテーション医療機関・福祉施設ソーシャルワーカー全国調査(平成 16 年度三菱財団社会福祉事業)、2005
- · 池末美穂子·岡村正幸·新保祐元編集委員;精神保健福祉士養成講座第 4 巻精神保健福祉論、中央法規出版、2005
- ・柏木昭;PSW 業務論、PSW ひすとりい、第 20 回~25 回、PSW 通信 No.139 (2005.11 発行) ~、No.144 (2006.9 発行)
- ・柏木昭;資格制度と専門性(【特集】医療ソーシャルワーカー法(?)をめぐって-PSW の専門性・資格・身分法について-(I)、精神医学ソーシャル・ワーク、Vol.18 No.24、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会、1988、pp5·10
- ・窪田暁子;PSW の業務内容 専門職集団の検討課題として (【特集】医療ソーシャルワーカー法 (?) をめぐって PSW の専門性・資格・身分法について (Ⅱ)、精神医学ソーシャル・ワーク、Vol.18 No.24、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会、1988、pp11-20
- ・精神医学ソーシャル・ワーク、Vol.18 No.24、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会、1988
- ・貝澤洋子;第3章 PSW 業務と精神障害者福祉ー精神病院における福祉課題ー、 精神医学ソーシャル・ワーク、No.33、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会、1994、pp162-166
- ・小出保廣;第 4 章 PSW 業務と精神障害者福祉-地域における福祉課題-、精神医学ソーシャル・ワーク、No.33、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会、1994、pp166-171
- ・牧野田恵美子;【調査報告】精神病院におけるソーシャルワーカーの業務-精神医学ソーシャルワーカー協会会員の調査を通して一、精神医学ソーシャル・ワーク、No.34、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会、1995、pp63-82
- ・大本和子・笹岡真弓・高山恵理子編著;新版 ソーシャルワークの業務マニュアル、川島書店、

【第Ⅱ部】

- ・社団法人日本精神保健福祉士協会倫理綱領;社団法人日本精神保健福祉士協会、2004 採択
- ・柏木昭編著;新精神医学ソーシャルワーク、岩崎学術出版、2002
- ・精神保健福祉; 【特集】福祉改革と精神保健福祉士-価値の再検討-、社団法人日本精神保健福祉士協会、Vol37 No.2 通巻 66 号、2006、pp103-144
- ・大本和子・笹岡真弓・高山恵理子編著;新版 ソーシャルワークの業務マニュアル、川島書店、2004
- ・社団法人 日本社会福祉士会倫理委員会;社会福祉士の倫理 倫理綱領実践ガイドブック、中央 法規出版、2007
- ・全米ソーシャルワーカー協会編 日本ソーシャルワーカー協会訳;ソーシャルワーク実務基準 および業務指針、相川書房、1997
- ・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ーミルフォード会議報告 - 、相川書房、1993

【第Ⅲ部】

- 社団法人日本精神保健福祉士協会倫理綱領;社団法人日本精神保健福祉士協会、2004 採択
- ・全米ソーシャルワーカー協会編 日本ソーシャルワーカー協会訳;ソーシャルワーク実務基準 および業務指針、相川書房、1997
- ・General Social Care Council (英国);ソーシャルケアワーカーのための行動規範及びソーシャルケアワーカーの雇用主のための行動規範、2002
- ・General Social Care Council (英国) ;精神保健サービス分野におけるソーシャル・ワーク有資格後教育訓練のための専門家基準および必要条件
- ・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ーミルフォード会議報告 - 、相川書房、1993
- ・社会福祉法人東京都社会福祉協議会;高齢者福祉施設 生活相談員業務指針ー業務標準化のためのガイドラインー、2006
- ・藤原正子;英国ソーシャル・ケア・ワーカー実務規約 (GSCC) に至る社会福祉専門職のあり方に関する一考察、福島学院大学研究紀要第 37 集、2005、pp37-46
- TOPSS UK; The National Occupational Standards for Social Work, 2002 May

【第IV部】

・General Social Care Council (英国);ソーシャルケアワーカーのための行動規範及びソーシャルケアワーカーの雇用主のための行動規範、2002

- ・藤原正子;英国精神保健福祉の地域ケア、福島学院大学研究紀要第36集、2004、pp29-37
- ・日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会;精神科ソーシャルワーカー業務指針、 1989 年 7 月 総会採択
- ・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集;日本精神保健福祉士協会員に関する業務統計調査報告(平成13年10月全国調査)、2004

【用語の定義にかかわる文献】

- 1. 用語の定義に関しては、主に以下の辞典及び文献の定義に基づいて作成した。
- · 社団法人日本精神保健福祉士協会 · 日本精神保健福祉学会監修 (2004) 『精神保健福祉用語辞典』中央法規
- ・ 日本精神保健福祉士養成校協会編集(2007)精神保健福祉士養成講座『改定・精神保健福祉 援助技術総論』中央法規
- ・ 日本精神保健福祉士養成校協会編集(2007)精神保健福祉士養成講座『改定・精神保健福祉 援助技術各論』中央法規
- ・ 日本精神保健福祉士養成校協会編集(2008)精神保健福祉士養成講座『新・精神保健福祉論』 中央法規
- 2. 上記の文献に加え、必要に応じて以下の文献を引用・参考した。
- ・ 太田義弘編(1999)『ソーシャルワーク実践と支援過程の展開』中央法規
- ・ 岡本民夫(1996)「社会福祉専門性・専門職制度をめぐる背景と課題」『社会福祉研究』第 66号 107-113
- ・ 田中英樹 (2001) 『精神障害者の地域生活支援―統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク』中央法規
- Charles A. Rapp、 Richard J. Goscha、2006、The Strengths Model—Case Management with People with Psychiatric Disabilities、Second Edition. (=2008、田中英樹監訳『ストレングスモデル~精神障害者のためのケースマネジメント[第2版]』金剛出版)
- 福山和女(2009)「ソーシャルワークにおける協働とその技法」『ソーシャルワーク研究 Vol. 34
 No. 4』P4-16
- ・ 上野千鶴子・中西正司 (2008) 『ニーズ中心の福祉社会へ〜当事者主権の次世代福祉戦略』 医学書院
- ・ 渡部律子(1999)『高齢者援助における相談面接の理論と実際』医歯薬出版
- Donald Sohon、1983、The Reflective Practitioner (=2001、佐藤学・秋田喜代美訳『専門家の知恵』ゆるみ出版
- ・ F. P. Biestec、1953(=2006、尾崎新・福田俊子・原田和幸訳『ケースワークの原則〔新訳 改訂版〕』誠信書房

- Zofia T. Butrym、1976、The Nature of Social Work (=1986、川田誉音訳『ソーシャルワークとは何か』川島書店)
- WHO (2002)『ICF 生活機能分類—国際障害分類改訂版—』中央法規

「精神保健福祉士業務指針及び業務分類 (第1版)」執筆・業務分担

古屋 龍太 まえがき、第1部、第2部、第3部、第4部、おわりに

伊東 秀幸 第3部第2章第3節(行政機関)(担当部長)

岩本 操 第3部第1章第2節(用語解説)、第2章第2節(医療機関)

大石 信弘 第3部第2章第3節(行政機関)大山 勉 第3部第2章第3節(行政機関)

岡 順子 第3部第2章第1節(地域支援)(議事録整理)

木太 直人 第3部第2章第2節(医療機関)(全体調整)

田村 綾子 (全体調整)

廣江 仁 第3部第2章第1節(地域支援)(前委員会引継ぎ)

山田 恭子 第3部第2章第2節(医療機関)

「精神保健福祉士業務指針」作成委員会

 $(2009 年 3 月 \sim 2010 年 3 月)$

委員長 古屋 龍太 (東京都、日本社会事業大学大学院)

委員 伊東 秀幸 (神奈川県、田園調布学園大学)※担当部長

委員 岩本 操 (東京都、武蔵野大学)

委 員 大石 信弘 (静岡県、前·静岡市保健所)

委員 大山 勉 (岐阜県、東海学院大学)

委員 岡 順子 (東京都、新宿区勤労者・仕事支援センター)

委員 木太 直人 (日本精神保健福祉士協会)

委員 田村 綾子 (神奈川県、日立製作所神奈川工場健康管理センター)

委員 廣江 仁 (鳥取県、社会福祉法人養和会 F&Y 境港)

委員 山田 恭子 (東京都、都立松沢病院)

「精神保健福祉士業務指針」提案委員会

(2006年~2008年3月)

委員長 相川 章子 (埼玉県、聖学院大学)

委 員 岩永 明子 (東京都、慈友クリニック)

委員 遠藤哲一郎 (埼玉県、川口市役所)

委員 佐々木千夏 (埼玉県、やどかり情報館)

委員 鈴木 詩子 (東京都、こころのクリニックなります)

委員 塙 和徳 (埼玉県、さいたま市保健所)

委員 東 裕紀 (石川県、加賀こころの病院)

委 員 廣江 仁 (東京都、就労支援センターMEW) ※担当部長

委員 廣田 尚子 (新潟県、県立小出病院)

委員藤原正子 (福島県、福島学院大学)

委 員 牧野田恵美子(埼玉県、浦和大学)

協力者 大西 良 (福岡県、久留米大学)

協力者 佐賀大一郎 (東京都、東京保護観察所立川支部)

協力者 三澤 孝夫 (東京都、国立精神・神経センター病院)

協力者 山中 達也 (神奈川県、NPO 法人援助者のためのスーパービジョンを広める会)

※所属名は、各委員会委員在任当時のもの

精神保健福祉業務指針及び業務分類(第1版)

2010(平成 22)年 6 月発行

発 行: 社団法人日本精神保健福祉士協会

〒160-0015 東京都新宿区大京町 23 番地 3

四谷オーキッドビル 7階

TEL. 03-5366-3152

FAX. 03-5366-2993

本書の無断複写・無断転載はお断りいたします。

視覚障害のある人のための営利を目的としない本書の録音図書、点字図書、拡大図書等の作成は自由です。