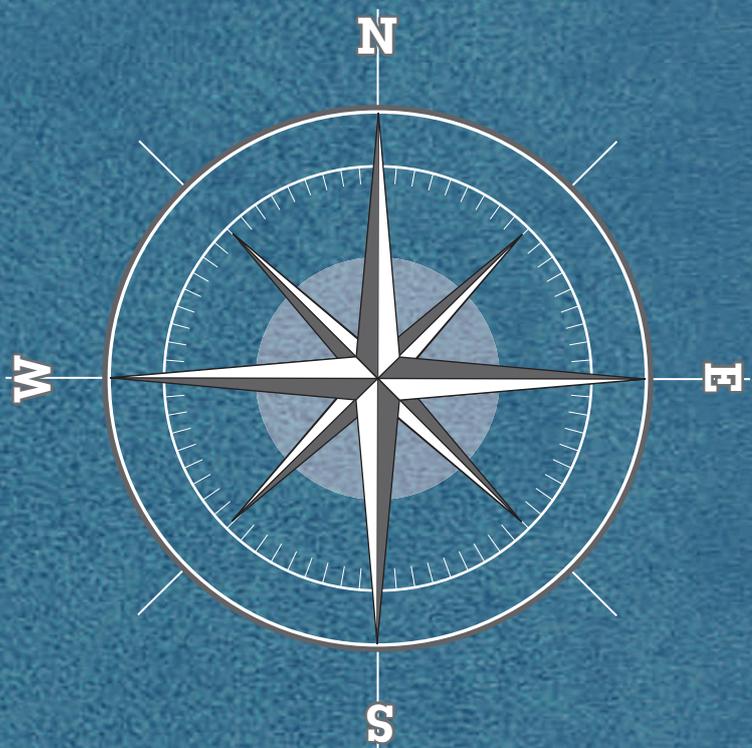




公益社団法人日本精神保健福祉士協会

# 精神保健福祉士 業務指針及び業務分類

第 2 版



公益社団法人日本精神保健福祉士協会

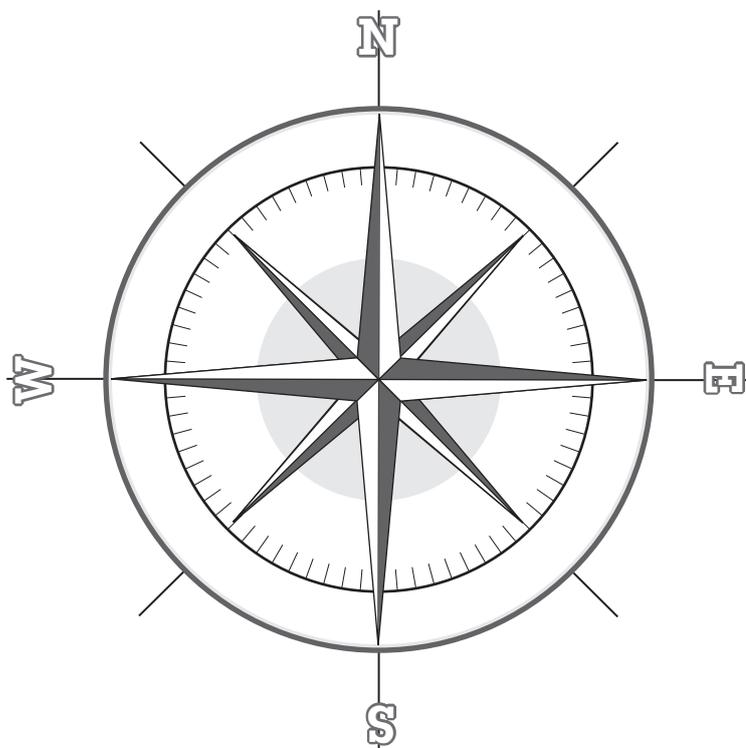




公益社団法人日本精神保健福祉士協会

# 精神保健福祉士 業務指針及び業務分類

第2版



公益社団法人日本精神保健福祉士協会



# はじめに

業務指針の作成は、頂上の見えない登山に挑むようなものである。本協会における倫理綱領や業務指針の策定経緯は本文に詳しいのでここでは省略するが、本協会の前身である日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会の時代から国家資格化を経て十数年、社会情勢は刻々と変化し、また精神疾患や障害のある人々への支援方法も変化・発展してきていることに鑑みれば、唯一絶対を提示することの難しさは容易に想像できる。

さらに、当事者・支援者がそれぞれの立場で展開してきた各種活動や世界情勢などに後押しされ、私たち精神保健福祉士のみならず精神疾患や障害を持つ人々のおかれている状況・環境にも変革が起こっている。他方、日本の社会状況は必ずしも好転の兆しがなかなか見えず、メンタルヘルスの課題は拡大しつつあるといえる。このような状況下、精神保健福祉士が狭義の「精神障害者」への支援のみならず、人々の精神的健康の保持増進のためにも多様な領域で活動を展開し始めて久しい。

今回発刊される「精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第2版」は、2010年6月の総会で採択された第1版において持ち越しとされた課題を引き受け、2012～13年度の2年間をかけて「精神保健福祉士業務指針」作成委員会が担った改訂作業を結実させる形で発刊するものである。

当初は、第1版において吟味不十分として掲載を見送った新規分野の収載と用語の定義の整理を中心的な目標に据えていたが、委員会における協議の結果、総論部分の見直しを含む第1版の改訂作業に多くの時間を費やすこととなった。このため、学校、産業保健などの新規分野の掲載は補遺形式で今後追加していく見通しであり、「精神保健福祉士業務指針」作成委員会には、山登りの歩を続けていただくことをお願いしている。

第2版では、見やすさをより意識した記載方法に改めたほか、用語の統一にも精査を加えた。なお、業務指針はマニュアルではないことから、読み手一人ひとりが自身の職場環境や利用者の状況に合わせて考察と思慮や工夫を重ねることを求めており、業務指針を活用することにより実践力をさらに向上させることも目的としている。

かつて坪上宏先生が、倫理綱領を「床の間の掛け軸ではなく、お茶の間の地図として」と言われたように、この業務指針が精神保健福祉士のそれぞれの現場で机上におかれ、また携行され、多様に活用されることを願うものである。

2014年9月

公益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」委員会 担当副会長

(前「精神保健福祉士業務指針」作成委員会 担当事務)

田村 綾子

# 目次

はじめに	3
第2版の作成にあたって	6
<b>第Ⅰ部 精神保健福祉士の基盤と業務指針の位置</b>	<b>9</b>
1 精神保健福祉士をめぐる社会状況	10
1 精神保健福祉士をめぐる状況	10
2 精神保健福祉士の業務をめぐる動向	12
3 精神保健福祉士の業務指針作成の経緯	13
2 精神保健福祉士の実践基盤	16
1 精神保健福祉士の価値と理念	16
2 精神保健福祉士の視点	17
3 精神保健福祉士の対象	19
3 業務指針の位置づけ	20
1 業務指針のターゲット	20
2 業務指針の目的	21
4 精神保健福祉士の業務特性	23
1 精神保健福祉士の業務特性に関する整理	23
2 精神保健福祉士の業務に関する分類基準	24
3 精神保健福祉士の業務を構成する要素	29
<b>第Ⅱ部 精神保健福祉士の業務指針</b>	<b>49</b>
第Ⅱ部のねらいと活用上の留意点	50
1 精神保健福祉士の主な業務と定義	53
2 精神保健福祉士の主な業務と業務指針	56
<b>第Ⅲ部 精神保健福祉士の各分野における業務指針</b>	<b>81</b>
第Ⅲ部のねらいと活用上の留意点	82
1 地域分野における業務指針	84
1 はじめに～地域分野の動向及び精神保健福祉士を取り巻く現状～	84
2 地域分野における精神保健福祉士の仕事の実際と大切にしていること	85
3 実践上の指針	86
4 業務名	86

5	業務指針	87
<b>2</b>	<b>医療分野における業務指針</b>	<b>107</b>
1	はじめに～医療分野の動向及び精神保健福祉士を取り巻く現状～	107
2	医療分野における精神保健福祉士の仕事の実際と大切にしていること	108
3	実践上の指針	110
4	業務名	110
5	業務指針	111
<b>3</b>	<b>行政分野における業務指針</b>	<b>133</b>
1	はじめに～行政における近年の動向及び精神保健福祉士を取り巻く現状～	133
2	行政分野における精神保健福祉士の仕事の実際と大切にしていること	134
3	実践上の指針	136
4	業務名	136
5	業務指針	137
	<b>第Ⅳ部 本業務指針における用語の解説</b>	<b>157</b>
1	用語の解説と定義	158
2	法律名称と略語	166
	おわりに	168
	参考文献一覧	170

## 第2版の作成にあたって

「精神保健福祉士業務指針」作成委員会（以下、本委員会）は、2012（平成24）年から2年間の協議を経て「精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第2版」（以下、本業務指針）を作成し、この度、理事会の承認を経て構成員に提示する運びとなった。

本業務指針は第2版とあるように、2010（平成22）年に総会採択された「精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第1版」（以下、第1版）の改訂版である。また、第1版は、2008（平成20）年に「精神保健福祉士業務指針」提案委員会より提示された「精神保健福祉士業務分類および業務指針作成に関する報告書」をたたき台として作成されたものである。このように、本業務指針は、本協会における長年の取り組みを土台として完成したものであり、本委員会メンバーのみならず、これまで業務指針作成に携わってきた多くの構成員の努力に支えられてきたものである。

本委員会では、まず第1版の記述内容のレビューを行い、第1版で示された「今後の課題」を踏まえ、今回の改訂の方向性と優先的課題を整理した。その結果、大幅な改訂を目指して活動計画を立て、作業に取り組むことになった。以下に改訂のポイントと本業務指針の構成について述べる。

### ■改訂のポイント

#### 1. 精神保健福祉士の価値と理念に裏打ちされた業務指針を示すこと

第1版では、結果として『業務』の根底にある『理念』や『視点』が見えにくいものになってしまっている」と述べられ、業務を通して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指針を作ることが今後の改訂作業の課題と位置づけている。本業務指針では、この重要課題に対応するべく協議を重ね、具体的な業務展開において常に理念や視点を確認できるような枠組みを設定して指針を示すことを目指した。

#### 2. 業務の定義及び業務を構成する要素の関係性を整理すること

第1版では、精神保健福祉士の価値・理念そして視点について丁寧な説明がなされているが、「業務とは何か」を明確に定義しているとは言い難い。また「業務」「機能」「技術」「方法」などの用語に混乱が見受けられ、業務を構成する要素の全体関連性がかみづらくなっている。これらのことが、1で述べた業務と理念や視点との関係を見えにくくしている一つの要因と考えられ、それぞれの用語の定義と関係性を明確化することに努めた。

#### 3. 精神保健福祉士の包括的な視点を表す業務指針を示すこと

精神保健福祉士は「人と環境の相互作用」の視点に立ち、「ミクロー・メゾ・マクロ」のレベル性を包括的に捉えた実践を行っている。本協会の倫理綱領は「クライアントに対する責務」「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」を示しており、第1版ではこの4つの責務に沿って業務分類を行っている。本業務指針でも第1版の分類基準を継承しつつ、各業務の指針を示すうえでも単一レベルで完結することなくレベル間の関連性を示すような記述に努めた。

#### 4. 分野別業務指針の作成の方向性

第1版では、新規分野の業務指針の作成を今後の課題にあげている。本委員会でもその必要性は認識しているが、まずは第1版で取り上げた3分野（地域、医療、行政）の改訂を優先することにした。分野別業務指針の構成や内容を精査し、記述の質を高めることによって、今後さらに広がりを見せる精神保健福祉士の職域に対応できる枠組みづくりが重要と考えたためである。

#### ■本業務指針の構成と活用法

本業務指針は4部で構成されており、各部の主旨は以下のとおりである。

第I部は、精神保健福祉士の業務及び業務指針をめぐる動向を整理し、精神保健福祉士の業務特性について、「価値」「理念」「視点」「業務」「機能」「技術」「知識」それぞれの定義と関連性を踏まえて説明している。第II部、第III部を読む際の土台となる部分なので、第I部の内容を押さえて先に読み進めてほしい。

第II部は、どの分野にも共通する精神保健福祉士の業務の代表例を取り上げ、各業務について、「目的－指針－業務－機能－技術」のつながりと「マイクロ－メゾ－マクロ」の連続性を押さえて指針を示している。一つの業務が多様な要素から構成されていることを示す見取り図であり、自分の行為の位置と方向性を確認するために活用してほしい。

第III部は、分野別業務指針として地域・医療・行政分野に特徴的な業務とその指針を示している。実践現場において迷いや葛藤が生じやすい場面を例示し、それを指針に基づいて状況分析と課題を記述している。それぞれの現場における類似場面に活用するとともに派生する場面も想定して柔軟に応用してほしい。

第IV部は、本業務指針全般にわたる用語の解説と定義を行っている。ソーシャルワークにおいて類似する用語や一つの意味を示すのに複数の表現や表記があるなど用語の混乱がしばしば見受けられる。それらを明確に区分することは困難だが、本業務指針を読む際の一定の基準として確認してほしい。

業務指針は実際に活用されてはじめて意味をなすものである。精神保健福祉士の業務指針としてこの第2版が一つの通過点であることを認めたいうえで、構成員各位には日々の実践を振り返り確認する道具として活用して頂きたいと思う。そこから見えてきた本業務指針の課題や改善点を提示して頂き、本協会の業務指針の発展に多くの構成員が参画して下さることを願っている。

「精神保健福祉士業務指針」作成委員会  
委員長 岩本 操



## 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 精神保健福祉士をめぐる状況

我が国は今日、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大不況のなか、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機に直面している。近年の厳しい社会状況における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14年間連続して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。また、超高齢化社会において医療・福祉・介護のニーズは増大かつ多様化しているが、支援体制は十分とはいえず老老介護や介護うつなどの課題、介護難民の現象など新たな社会問題が生じてきている。そして、2011（平成23）年3月11日に発生した東日本大震災と福島原発事故は、未曾有の大被害をもたらした。多くの人々がその生活基盤を根こそぎ奪われ、今なお避難生活を強いられ、多くの痛みと困難に直面している。

現在、我が国の精神疾患患者は320.1万人（平成23年患者調査）であり、1999（平成11）年の204.1万人から1.5倍以上になっている。この間、入院患者数は33万人前後の横ばいで推移しているかわら、外来患者数が急増しており、特にうつ病を含む気分障害と認知症の増加が著しい。精神保健福祉サービスのニーズは増大かつ多様化しており、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が求められている。この現状を踏まえ、国は精神疾患を癌や糖尿病など国民の多くが罹患する病気の一つとして医療計画に盛り込む方向を示した（5疾病5事業）。このことは、国民の精神疾患に対する理解の促進が一層求められるとともに、従来の精神科医療システムの抜本的改革が急務であることを示している。

我が国では戦後、精神科病床が急増し長期的な入院処遇が中心であったが、「入院医療中心から地域生活中心へ」と精神保健福祉施策の転換が図られるようになった。国は2004（平成16）年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を発表し、①精神疾患に対する国民の理解の深化、②精神科病床の機能分化による、③地域生活支援の基盤強化を進め、10年後には受入条件が整えば退院可能な精神障害者約70,000人の地域移行を目標に掲げた。本ビジョンは後期5カ年重点施策として「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」を掲げたが、現時点でも精神科病床の減少は見られていない。確かに、精神科病院の平均在院日数は年々減少傾向にあり、2011（平成23）年には298日となったが、早期に退院する患者群がある一方で長期化高齢化が進む患者群が存在し、二極化現象を生み出している。また、新たな長期入院患者が一定割合で増加していることや認知症入院患者の増加の防止などの課題が依然残っている。

この現状に際して、国は第3期障害者福祉計画（都道府県）における退院に関する明確

な目標値の設定、在宅精神障害者の支援強化を目指したアウトリーチ（訪問支援）事業の推進、精神科救急医療体制の構築、障害者総合支援法における地域移行・地域定着支援事業の法定給付化、認知症高齢者をできるだけ地域で支える仕組みの構築など、様々な取り組みを打ち出している。加えて、2012（平成24）年6月には精神科入院患者は「重度かつ慢性」を除き1年で退院させ入院外治療へ移行させる方向性を示し、そのための精神科病床機能分化を一層進める方針である。これらと並行して、保護者制度と医療保護入院の見直しが議論され、2013（平成25）年の精神保健福祉法の改正において保護者制度の廃止とともに、医療保護入院における保護者の同意要件が外され家族等のいずれかの同意要件とすること、医療機関への退院後生活環境相談員の新設及び地域の相談支援事業者などとの連携による退院促進のための体制整備が盛り込まれた。

精神保健福祉を取り巻く近年の動向は、今日の障害者総合支援法に至る一連の改正においても変化が激しい。2006（平成18）年に施行された障害者自立支援法は、それまでの身体・知的・精神の障害種別で33種類に分かれていた施設体系を6つの事業に再編し、市町村が主体となって3障害を一元化した障害福祉サービスを実施することになった。法施行時はサービス利用について原則1割の自己負担が導入され、その応益負担の考え方に対して多くの批判が寄せられた。そして、民主党政権下において障害者自立支援法の廃止が宣言され、「障がい者制度改革推進会議」の設置による障害者権利条約（国連）批准に向けた新たな法律の枠組みが協議されることになった。しかし、その後の法改正にその内容が十分に反映されたとは言い難い。本法は、2010（平成22）年の改正（整備法）において、応能負担への転換や相談支援機能の強化、支給決定プロセスの見直しが図られ、さらに2012（平成24）年の障害者総合支援法への改正では、2011（平成23）年の障害者基本法改正を受けて共生社会の実現と障害の社会モデルの視点が盛り込まれた。相談支援の機能強化に向けた取り組みの一つとして、サービス等利用計画作成の対象が大幅に拡大され、計画相談支援の指定を受けた相談支援事業所はその対応が急務となっている。また、地域における協議会（地域自立支援協議会など）や基幹相談支援センターの設置が法定化され、事業所の枠を超えて地域における相談支援の体制整備が求められているところである。

以上の他にも、2005（平成17）年の心神喪失者等医療観察法施行、2012（平成24）年の障害者虐待防止法施行、2013（平成25）年の障害者雇用促進法改正など、精神保健福祉にかかわる法的措置が進められ、今日のメンタルヘルスの課題を背景に、自殺対策基本法、DV防止法、ひきこもり対策推進事業などにおける施策が進められている。次々と新たな施策が打ち出され、ともすればその場の対応に追われかねないが、それら施策の本来の目的は、精神障害者の地域生活支援と福祉の向上、そして国民の精神的健康の保持増進にある。それを常に念頭におき、法制度の運用を図り、施策の動向を注視していくことが必要であろう。

## 2 精神保健福祉士の業務をめぐる動向

前記の精神保健福祉をめぐる社会状況や施策の変化は、精神保健福祉士の業務にも影響を与えている。精神保健福祉士が国家資格化された1997（平成9）年以降の法改正は目まぐるしく、この間、精神保健福祉士の業務の制度化、福祉サービスの拡充や再編などによる業務の分業化、そして新たな精神保健福祉の課題に伴う精神保健福祉士の職域拡大などが進んでいる。こうした動向は精神保健福祉士の業務の広がり和社会的意義を高める可能性がある一方、新たな課題に直面することになる。

精神科医療改革の流れは、「退院促進」「病床機能分化」を推進している。これらは長期入院の是正を図り、医療の質の向上を目指して利用者の地域生活を保障するという意味で必要な改革といえる。そして、診療報酬の特定入院料である「精神科救急入院料」「精神科救急・合併症入院料」の施設基準に精神保健福祉士が必置となり、「精神科急性期治療病棟入院料」でも精神保健福祉士の配置が規定されていることから、早期退院に向けた精神保健福祉士の活躍が期待されていることが分かる。また、入院中心の病院完結型医療から包括的かつ即応的な医療サービスへの転換は、地域における医療機関間の連携を重視するようになった。そうした機能を担う地域連携部門に精神保健福祉士が多く配置されていることは、精神保健福祉士がこれまで積み重ねてきた地域との連携やネットワークが注目されているともいえる。さらに2013（平成25）年の精神保健福祉法改正で新設された退院後生活環境相談員は、精神保健福祉士がその中心的役割を担うことが期待され、地域の相談支援事業所と連携した地域移行の推進が求められている。

しかし、上記の改革が診療報酬制度による経済誘導によって進められ、病床回転率ばかりが強調されるようになれば、精神保健福祉士は病床機能に限定した入退院の対応で追われ、患者の紹介機能の促進が目的化してしまうリスクに直面する。今日的改革の流れにおいて、利用者の生活の連続性を保障し、利用者ニーズを中心とした連携というソーシャルワーク本来の機能を、その業務においていかに具体化していくかが問われているのである。

近年の障害福祉施策を背景に、地域をフィールドとする精神保健福祉士は増加している。保健医療機関が主な勤務先であった時代を超えて精神保健福祉士の活躍の場が広がることは、利用者の地域生活を支えるうえで重要な流れといえる。今日の障害者総合支援法における相談支援の充実強化は、サービス等利用計画作成における相談支援（計画相談）を推進し、その業務に従事する精神保健福祉士には、利用者の生活ニーズに応じた諸サービスのコーディネーターとして機能することが求められている。また同法では地域における協議会（地域自立支援協議会など）の設置により、事業所を超えた地域生活支援ネットワークの構築を目指しており、そこにかかわる精神保健福祉士の役割も期待される場所である。

しかし、この間の絶え間ない法改正や矢継ぎ早に様々な事業が創設されるなか、地域で働く精神保健福祉士も、その変化に対応するのが精一杯という現状にある。また、障害者総合支援法は障害福祉サービスをいくつもの事業に分類・再編し、事業ごとに細かく内容が規定され報酬単価が定められている。各事業所は利用者のニーズを踏まえつつ、規定の

事業内容を熟知したうえでいずれかの指定を受け、その基準に即していかなければ運営が成り立たない事態にも直面する。こうした状況は、利用者の多様なニーズに対応することを困難にし、精神保健福祉士が重視してきた包括的なアプローチやソーシャルワークの柔軟性や即応性を疎外しかねない。

医療機関で働く精神保健福祉士から地域への実践の広がり、地域における様々な事業における精神保健福祉士の配置は、明らかに精神保健福祉士の「分業化」を生んでいる。もちろん、各機関の精神保健福祉士が有機的に連携し、支援の充実につなげることが求められるが、こうした分業化は一人の精神保健福祉士が時間をかけて利用者とかかわるというプロセス重視の支援形態を変えることにもつながっている。利用者との「かかわり」を自らの支援の中心においてきた精神保健福祉士が、直接支援の時間を限定され「じっくりかかわれない」現実に直面しているのである。今日的施策の変化において、時間の長さだけで「かかわり」を捉えることは困難であろう。実際にかかわる時間は限られていても、その場面を超えて利用者の生活の連続性を思い描き、言うなれば、いかに俯瞰的な「かかわり」を原点においた業務を展開できるのか——この点は、まさに精神保健福祉士の新たな課題といえるだろう。

精神保健福祉士の業務をめぐるもう一つの流れは、その職域の拡大である。地方分権化の流れを受けて精神保健福祉行政も市町村に移行し、市町村における精神保健福祉士の配置が進んでいる。心神喪失者等医療観察法の制定は社会復帰調整官や精神保健参与員など、司法領域における精神保健福祉士の業務を位置づけた。また、生活保護法に基づく救護施設における精神保健福祉士の配置加算も創設されている。さらに、認知症高齢者の増加を背景に高齢者施設などで働く精神保健福祉士の役割も期待され、その他、スクールソーシャルワーカーとして働く精神保健福祉士、うつ病の増加に伴い産業分野で働く精神保健福祉士など、その活躍の場はますます広がりを見せている。

以上の職域拡大の流れは、精神保健福祉士の専門性を様々な領域で発揮する可能性をもたらす一方、こうした新規分野における実践方法や業務体系は未整備で、多くが手探りで実践を積み重ねているところである。これら新規分野の精神保健福祉士の実践の質を担保することも必須の課題である。

### 3 精神保健福祉士の業務指針作成の経緯

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（以下、日本PSW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。この基本方針のもと、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）を策定し、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を採択した。この指針は、その後の本協会の業務指針作成の礎となった。当時の業務指針作成の経緯は以下のとおりである。

1985（昭和60）年、日本PSW協会は「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を設置し、継続的に業務統計調査を実施してきた。調査実施当初は医療

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作成の「MSW・PSW業務分類表」に一部修正を加えた業務分類にしたがって調査を行った。この業務統計調査と平行して1988（昭和63）年に、業務検討委員会は「精神科ソーシャルワーカー業務指針」を提示し、1989（平成元）年度総会にて採択された。

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。それに伴い、日本PSW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「社団法人日本精神保健福祉士協会」に改組、2013（平成25）年には「公益社団法人日本精神保健福祉士協会」へと移行した。

この間、業務検討委員会は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し、2004（平成16）年に「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）」を発表した。この報告書において、先の「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提示された。そして、業務検討委員会は業務指針の改訂を試み、2006（平成18）年に業務検討委員会中間報告案（1月14日）を提出したが、その後の業務指針策定は、「精神保健福祉士業務指針」提案委員会へ委託された。

「精神保健福祉士業務指針」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（平成20）年3月に「精神保健福祉士業務分類および業務指針作成に関する報告書」をまとめた。この報告書は、新しい業務指針のたたき台とされ、2009（平成21）年6月に発足した「精神保健福祉士業務指針」作成委員会に引き継がれた。

「精神保健福祉士業務指針」作成委員会は2010（平成22）年3月に新たな指針案を提出し、2010（平成22）年度本協会総会にて「精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第1版」として採択された。一方、第1版の作成期間が限られていたため、業務指針としていくつかの課題を残していた。そのため、2012（平成24）年度に新たな「精神保健福祉士業務指針」作成委員会が設置され、第2版の作成に着手することになった。

以上の業務指針作成及び改訂作業と並行して、業務検討委員会では2007（平成19）年、2012（平成24）年に精神保健福祉士の業務実態調査（全国の本協会構成員）を実施し、5年に1度の定点調査を継続している。今後は、本協会が提示する「精神保健福祉士業務指針及び業務分類」と業務実態調査とが連動しつつ、精神保健福祉士業務の質の向上と実態を踏まえた指針のさらなる進化が求められる。

## ◆本協会における業務指針にかかわる動向（年表）◆

- 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 札幌宣言
- 1988（昭和63）年 「精神科ソーシャルワーカー倫理綱領」  
⇒1991年、1995年、2003年（精神保健福祉士倫理綱領）改訂  
「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 「精神科ソーシャルワーカー業務指針」総会採択
- 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
- 2001（平成13）年 精神保健福祉士業務統計調査（全国調査）を実施
- 2004（平成16）年 「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（業務検討委員会）」発行  
「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 「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）」総会承認
- 2006（平成18）年 業務検討委員会中間報告案（1月14日）  
「精神保健福祉士業務指針」提案委員会（委員長：相川章子）発足（2008年3月まで）
- 2007（平成19）年 社団法人日本精神保健福祉士協会『構成員ハンドブック』発行  
精神保健福祉士の業務実態に関する調査（全国調査）実施
- 2008（平成20）年 「精神保健福祉士業務分類および業務指針作成に関する報告書（提案委員会作成）」を構成員に提示
- 2009（平成21）年 「精神保健福祉士の業務実態に関する調査報告書」発表  
「精神保健福祉士業務指針」作成委員会（委員長：古屋龍太）発足（2010年3月まで）
- 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）総会採択
- 2012（平成24）年 「精神保健福祉士業務指針」作成委員会（委員長：岩本操）発足（2014年6月まで）  
精神保健福祉士の業務実態等に関する調査（全国調査）実施
- 2013（平成25）年 「公益社団法人日本精神保健福祉士協会」へ移行（4月1日）
- 2014（平成26）年 「精神保健福祉士業務指針及び業務分類」（第2版）発表  
「精神保健福祉士の業務実態等に関する調査報告書」発表

## 2 精神保健福祉士の実践基盤

### 1 精神保健福祉士の価値と理念

精神保健福祉士が業務を遂行する際、ソーシャルワークの価値と理念を常に意識し、実践上の基盤におくことが求められる。

1964（昭和39）年に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（以下、日本PSW協会）が設立され、その設立趣意書には「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」ことが明記された。この趣意は今日の本協会にも受け継がれているものである。つまり、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価値と理念そして理論に基づき、「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、平等であることを深く認識」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」（ソーシャルワーカーの倫理綱領2006）なのである。

精神保健福祉士は「人間尊重」の価値（人間観）に基づいてあらゆる現象と向き合い、その価値が示す「あるべき姿」を理念として定めている。理念とは、人や組織を束ねる究極の目標であり、人や組織がどのような理念を掲げているかを社会に対して示し、それが実行されているかの検証を受けなければならない。つまり、精神保健福祉士の理念は、日常の業務を点検する指標であり、理念の実現を目指す一連の行為が精神保健福祉士の業務といえるのである。

精神保健福祉士の価値と理念を明文化し、倫理原則を示したものが倫理綱領である。本協会は、日本PSW協会が1988（昭和63）年に総会採択した「精神科ソーシャルワーカー倫理綱領」を受け継ぎ、「倫理綱領」を定めている。精神保健福祉士が個々の業務を行ううえで、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の価値と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ことによって、精神保健福祉士としての信頼を与えるものでもある。

倫理綱領が規定し、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価値と理念を以下にあげる。

個人としての尊厳	精神保健福祉の向上（well-being）
自己決定・自己実現	ノーマライゼーションの実現
社会的復権・権利擁護と福祉	共生社会の実現（ソーシャルインクルージョン）

## 2 精神保健福祉士の視点

精神保健福祉士は前記の価値と理念を基盤とし、ソーシャルワークの視点に立って日々の業務に携わっている。ソーシャルワークの視点は、精神保健福祉士が直面する現象に対する認識枠を提示し、曖昧かつ複雑な状況に対して着目すべき点や大切にすべき点を示している。この「視点」は、精神保健福祉士の業務における自らの立ち位置を定め、ソーシャルワークの目的を果たすうえで重要な意味を持つ。

ソーシャルワーカーの基本的視点としては、主に以下の4点があげられる。

- ①人と状況の全体関連性（人と環境の相互作用）
- ②利用者を「生活者」として捉える
- ③地域生活支援
- ④個人・集団・地域それぞれにおける個別化

ソーシャルワーカーは、利用者とその人を取り巻く環境について「人と状況の全体関連性」の視点から捉え、利用者の抱える生活問題を「人と環境の相互作用」に生じる不具合として認識する。また、単に問題や障害を捉えるのではなく、利用者がどのライフサイクルに位置し、どのような人間関係や社会関係を経験し、どのような人生観やライフスタイルを持っているのかを理解し、利用者を「生活者」として捉えることが重要である。このことは、重い病気や障害を抱えていても、人が暮らす拠点は地域であるという認識を持ち、地域における生活の連続性や人々とのつながりを保障していくものである。「生活者」としてのあり様は一人ひとり異なっており、その人を取り巻く環境である家族や地域社会のあり様も多様である。そうした一人ひとり理解し、その人を取り巻く環境とその相互作用のあり様を理解するために不可欠な視点が「個別化」である。

ソーシャルワーカーは、以上の視点から複合的にアプローチし、その人らしい地域での当たり前の暮らしの実現を目指して業務を展開していくのである。

精神保健福祉分野、とりわけ我が国の精神科医療施策において、長期にわたって「人間としての尊厳」を阻害し、権利侵害してきた隔離収容の処遇の歴史がある。精神保健福祉の利用者は、長期入院によって地域生活から切り離され、安心して居られる場所や信頼できる人を得ることが困難だった人が多い。そのため、利用者が自分の生活を自分で選択し様々な経験を広げる機会を多く制限されてきたのである。精神保健福祉施策の改革が示されている今日においても、長期在院患者の退院及び地域移行が十分浸透しているとは言い難く、利用者のパワーレス状態が引き続いていと言わざるを得ない。また、精神障害のある利用者は、自ら意思決定を行い、それを表明することが難しい場合もあり、様々な場面で権利侵害を受けやすい状況におかれていることを常に認識する必要がある。

精神保健福祉士は、こうした精神科医療及び精神保健福祉がかかえる課題を真に受けとめ、その改善を図ることが求められる。ソーシャルワークの基本的視点である「生活者」や「地域生活支援」を精神保健福祉において推進していくためには、何よりも利用者の「ご

く当たり前の生活」を中心におき、利用者が安心できる場や仲間とつながり、社会の一員として存在していることを実感できる場や機会を広げていくことである。そして、そうした人々とのつながりや様々な経験のなかで、利用者が自身の力を育み活かしていくことをいかに支えていけるかが問われているのである。

以上を踏まえて、ソーシャルワークに共通する視点のなかでも、精神保健福祉士として特に重要なものとして、以下の4点をあげる。

#### ①主体性の回復・尊重（エンパワメント）

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、また決定できる存在である。精神保健福祉の利用者が自己決定できなかつた環境や状況を改善し、主体性を回復・尊重することを精神保健福祉士は重視する。

#### ②ストレングス

精神保健福祉は制度上の資源不足や福祉サービスの脆弱さが目立つ分野であり、精神保健福祉の利用者は長らく「病理・欠損モデル」における援助の対象とされてきた歴史がある。精神保健福祉士は、利用者や利用者を取り巻く環境の「強み」に焦点を当て、それらを最大限に生かした働きが求められる。また利用者の「希望」を重視し、その希望に向かう利用者の力や周囲の力を資源として支援を行うことが重要である。

#### ③リカバリー

精神保健福祉の利用者にとっての回復（リカバリー）とは、単に病気の治癒や障害の軽減といった医学的回復を意味するのではなく、病気や障害によって失われたその人らしい生活を再構築し、新たな人生の意味や目的を見出すことである。精神保健福祉士は、このリカバリーの視点に立ち、利用者が希望や生きがいを感じられる生活を目指す過程に寄りそい、支援することが求められる。

#### ④当事者との協働（パートナーシップ）

以上の視点を具体的な支援につなげるために不可欠なのが、当事者との協働である。精神保健福祉の利用者を単に援助の対象として捉えるのではなく、自分の人生を歩み生活問題を解決しようとする主体として認識することが重要である。精神保健福祉士は生活主体者である利用者との協働を支援の基本におき、パートナーシップを形成するのである。

また、精神保健福祉士の視点は、利用者の個別支援から地域全体のアセスメントに至る包括的で連続性のあるものであり、精神保健福祉士の成長によって広がり発展していくものでもある。この点について、本協会発行の『構成員ハンドブック』（2007）では、精神保健福祉士に共通する以下の4つの視点をあげ、図解を加えて説明している。ぜひ参照して頂きたい。

- ① 「クライアントとのかかわりを通して広がる視点」
- ② 「時系列変化を加味した精神保健福祉士の視点」
- ③ 「精神保健福祉士のスタンスからみた視点の比較」
- 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」

ここで注目しているのは、精神保健福祉士の視点の変化である。つまり、利用者と共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起こり、見えるもの、観るべきものが広がってくる。それが利用者や地域社会のニーズ把握につながられれば、具体的な実践過程を通して、さらに成長と視点の変化のスパイラルは拡大していくのである。

### 3 精神保健福祉士の対象

今日、精神保健福祉士がかかわる対象は、精神科医療機関や精神保健福祉サービスの利用者やその家族に限定するものではない。利用者と家族を取り巻く周囲の人々や地域社会、社会システムにかかわることによって、精神障害に対する理解を促進し、精神保健福祉の利用者の社会参加がより可能となることを目指している。また、精神疾患や不適応状態が生じていると思われる場面において、その背後にある社会的環境との関連を見据えて働きかけることが求められている。

さらに、国民一人ひとりのメンタルヘルスの向上を目指して、人々のライフサイクルの各段階に応じた発達課題やニーズに焦点を当てた精神保健福祉支援に、精神保健福祉士がかかわることも考えられる。子育て支援、虐待問題への対応、ひきこもりやニートへの支援、薬物・アルコール依存などアディクションへの対応、産業メンタルヘルス、貧困問題への対応、司法領域における福祉的支援、認知症対応、自殺予防、災害支援など、様々な社会現象に呼応した精神保健福祉の可能性がある。

以上を踏まえれば、精神保健福祉士は全ての人々、集団、地域社会を対象とするわけであるが、特に精神保健福祉士の実践においてかかわる対象として以下があげられる。

- ・ 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精神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）
- ・ 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）
- ・ 精神障害のために、日常生活や社会生活において制限を受けている人（本人、その家族、周囲の人々）
- ・ 精神障害のために、権利侵害や差別などを受けている人（本人、その家族、周囲の人々）
- ・ 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や地域、社会システム

# 3

## 業務指針の位置づけ

### 1 業務指針のターゲット

#### (1) 倫理綱領との関係

業務指針とは、単に個々の業務内容の羅列やその分類を示すものではない。つまり、精神保健福祉士が「何を」行うかを示すだけでなく、それを「何のために」「いかに」行うかを明確化することが求められる。先述したとおり、「何のために行うか」の基盤となるのは精神保健福祉士の価値や理念であり、「倫理綱領」がそれを定めている。また、「いかに行うか」については、精神保健福祉士の視点がその枠組みを示している。

「倫理綱領」が示す価値と理念そして精神保健福祉士の視点は、あらゆる業務に不可欠な共通基盤である。しかし、それらの表現は抽象度が高く、そのまま実践場面に落とし込むには、実践を省察し、また研鑽を続け、精神保健福祉士として熟練する必要がある。特に新人や初任者にとっては困難が伴う。「業務指針」があくまでも「業務」を遂行するうえでの「指針」であるならば、具体的な業務内容を提示するなかで、その諸行為が価値や理念及び視点とどのように結びついているのかを説明する必要がある。また、業務内容には、どの分野にも共通して精神保健福祉士が取り組む代表的なものもあれば、医療、地域、行政など各分野に特徴的なものもある。

以上を踏まえ、本業務指針では、具体的な業務を切り口とし、その各業務が精神保健福祉士の価値、理念、視点とどのようにつながっているのかを示す枠組みを採用した。また、第II部（総論）では各分野に共通する業務の代表例を取り上げ、第III部（各論）では分野ごとに特徴的な業務を取り上げた。そして、第III部の分野別業務指針では、より実践的活用を目指して具体的場面を例示し、精神保健福祉士としてその場面をどのように捉え、何を目指して業務を遂行するのかを提示できるように工夫した。

#### (2) 業務マニュアルとの関係

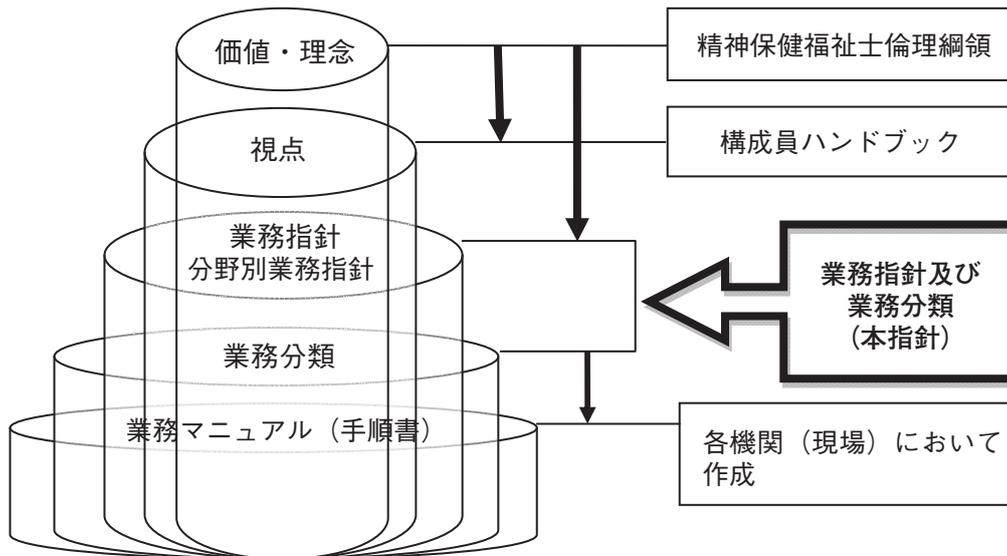
「業務指針」を具体的な業務に基づいて記述する際、「業務マニュアル」との区別が見えにくくなる。マニュアル化が進めば仕事はしやすくなる場合もあるかもしれないが、精神保健福祉士の価値や理念から離れてもソーシャルワークができているという錯覚に陥る危険性もある。「業務指針」は業務内容ぬきに示すことはできないので、業務遂行の大まかな手順も含まれ、「業務マニュアル」と幾分重なる側面はある。しかし、先述したとおり、「業務指針」は必ず業務遂行の各局面で精神保健福祉士の価値と理念に照らし合わせて示すものであって、マニュアル（手順書）そのものではない。

このことは「業務マニュアル」を軽視しているわけでも、不要だということでもない。的確に業務を行うためには、より実践現場に即応した手順書も必要であり、「業務指針」が示す業務内容より、個別的で詳細な説明が「業務マニュアル」には求められるのである。

「業務マニュアル」はそれ単独で成立するものではなく、その前提として精神保健福祉士の価値と理念を基盤とした「業務指針」が必要なのであり、「業務指針」の内容を適切に実行するために「業務マニュアル」が補完的役割を担うと考えられる。

本指針は「業務指針」を以上のように位置づけ、その枠組みを整理した（【図1】）。

【図1】精神保健福祉士業務指針の位置づけ



## 2 業務指針の目的

業務指針策定の目的は、以下の3点に集約される。

### (1) 精神保健福祉士の価値や理念に裏打ちされた指針を示すこと

時代や社会状況、地域特性によって、人々のニーズは多様化し、変化を続けている。これらのニーズに対応し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の業務、確立されていない未開拓の業務、新規事業への着手などを精神保健福祉士が担う場合も多い。このことは、包括的な視点を持ち、既存の制度や枠組みにおさまらない事象にも関心を払うソーシャルワークの固有性を表している一方、多様で流動的な動きが求められることで、自らの立ち位置や実践の方向性が見えにくくなるリスクをはらんでいる。精神保健福祉士がソーシャルワーカーとして業務を行うためには、その多様性や流動性を認めつつ、価値や理念に基づいて業務を規定していくことが重要である。

第I部の冒頭で述べたように、精神保健福祉士は実践上、多くの課題と困難を抱えている。本業務指針ではこれらの実情を踏まえつつ、様々な現実的問題に直面してもなお、精神保健福祉士の価値や理念を具体化する業務の展開を示すことを目的とした。また、価値や理念が単なる「理想論」で終わることのないよう、精神保健福祉士がその価値や理念を

疎外されるような現実場面と対峙した際、自らの実践上の「問い（ジレンマ）」を喚起し、そのジレンマを乗り越える道筋を示す指針の策定を目的とした。

## **（２）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**

精神保健福祉士が自らの業務を振り返ることは、専門性を向上させ、自らが存在する目的を確認する手段となる。このためには、精神保健福祉士の業務内容やそれぞれの業務がどのように構成されているのかを示す一定の枠組みが必要である。

本業務指針は、精神保健福祉士として共有すべき業務の整理や確認、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の専門性を生かした業務を展開できているか点検する作業に活用できる。そして、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、雇用主や他職種そして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。

## **（３）精神保健福祉士業務の社会的認知の向上を図ること**

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業務の「分かりにくさ」が、その一因ともなっていると考えられる。

本業務指針は、精神保健福祉士が担っている業務を、明確に、分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、精神保健福祉士が何者であり、何ができるのかを知ってもらうことにつながり、サービス利用者への利益になると考えられる。また精神保健福祉士の職域が広がるなか、新たな分野の雇用主や関係者に、精神保健福祉士の専門性をより適切に活用してもらうことにつながると考えられる。

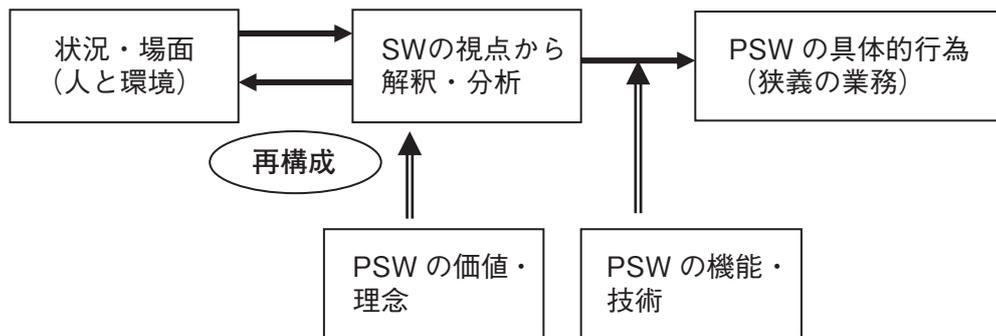
# 4 精神保健福祉士の業務特性

## 1 精神保健福祉士の業務特性に関する整理

業務指針を提示するうえで、精神保健福祉士の業務の定義を明確にする必要がある。全米ソーシャルワーカー協会は、ソーシャルワークの業務を「実践にソーシャルワークの専門性を要求するもの」（1981）と定義している。また、国内の文献を参照すると、「ソーシャルワーク部門の使命を達成するために行う行為」（高山2000）、「ソーシャルワークの文脈から派生する『秩序』ある行為」（北川・村田・松岡2005）と定義されている。本業務指針においても、前章で「精神保健福祉士が個々の業務を行ううえで、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の価値と理念に基づく実践から逸脱している」と述べたように、精神保健福祉士の業務を、その価値と理念を具体化する行為と位置づけている。つまり、精神保健福祉士の業務とは、単なる行為的側面のみを示すのではなく、そこに価値と理念を内包していなければならないのである。

以上を踏まえて、本業務指針では精神保健福祉士の業務を「精神保健福祉にかかわる諸問題に対して（場面・状況）、ソーシャルワークの目的を達成するために（価値・理念）、適切かつ有効な方法を用いて働きかける（機能・技術）精神保健福祉士の具体的行為・表現内容」と定義した。

【図2】精神保健福祉士の業務特性 1



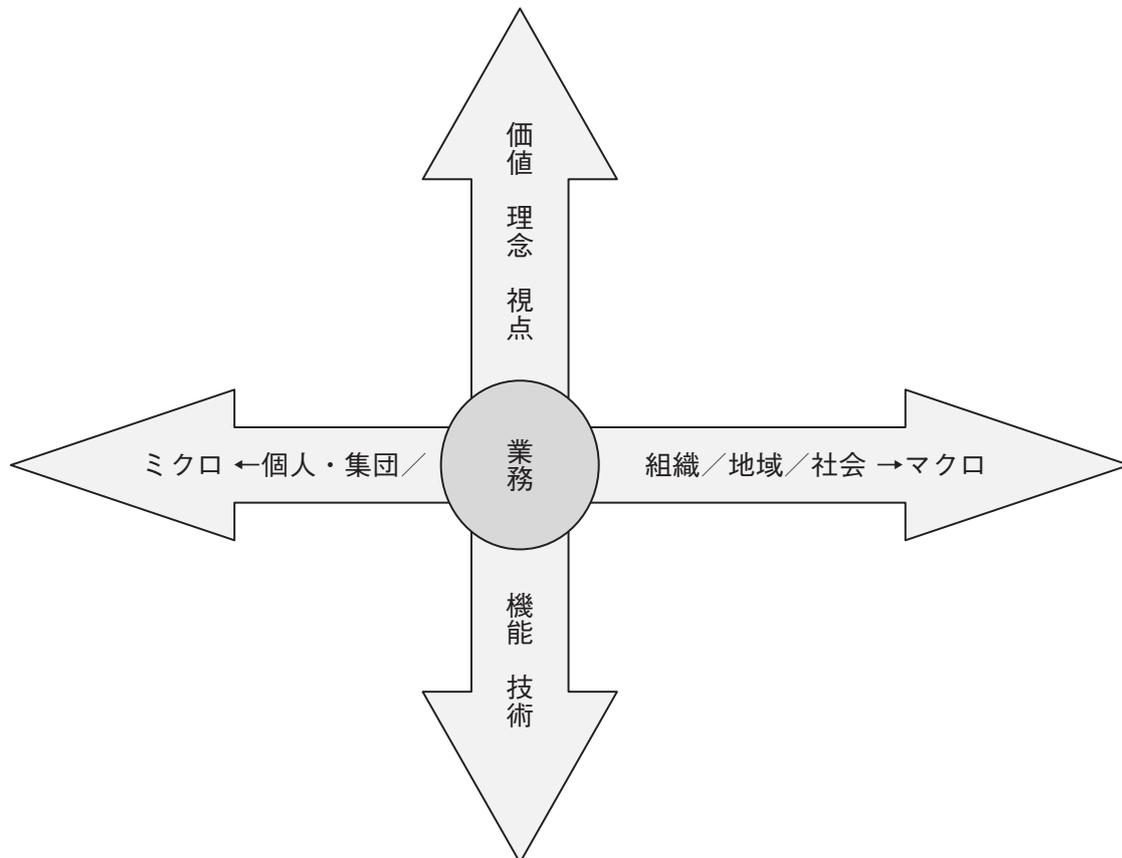
【図2】が示す精神保健福祉士の具体的行為が「狭義の業務」といえるわけだが、決してそれ単独で業務が成り立つのではない。精神保健福祉士が直面する現実状況に対して、精神保健福祉士の価値と理念及び視点を基軸として状況分析を行い、絶えず場面を再構成しつつ行動を試みる過程が「業務」なのである。

また、精神保健福祉士は「人と環境の相互作用」を視点においた包括的アプローチを実践上の特性としている。つまり、精神保健福祉士の業務は「マイクロ-メゾ-マクロ」の連続性の中で展開するわけである。例えば、組織活動や地域活動を行っている場面でも、一人ひとりの利用者ニーズを想定し、そのニーズの充足に向かう活動であるかを常に確認す

る必要がある。また、一人の利用者と向き合っている場面でも、利用者を取り巻く環境である機関のサービス内容や地域の実情、社会システムを検証し問い直す姿勢が求められる。

このように、精神保健福祉士の業務とは、「価値－理念－視点－業務－機能－技術」それぞれをつなぐ縦軸と、「マイクロ－メゾ－マクロ」をつなぐ横軸とが交差するところに表れるものと位置づけることができる（【図3】）。

【図3】精神保健福祉士の業務特性2



## 2 精神保健福祉士の業務に関する分類基準

精神保健福祉士は利用者のニーズに応じて非常に多岐にわたる活動を行っている。ソーシャルワーカーは「流動的な境界をもつ特異な専門職」(Gibelman, M. 1995=1999)であり、その業務を限定的に捉えることになじまない特性を有している。またソーシャルワークの包括的な視点は、一つの業務がそれ単独で成立するものではなく、いくつもの業務を複合的かつ多元的に展開することを意味している。以上から、精神保健福祉士の業務を分類して示すことは常に困難がつきまとうが、精神保健福祉士の日々の実践を振り返り、一つひとつの行為の位置づけを明確化するために、一定の分類・整理は必要である。こうして多様で流動的な実践が構成する要素を浮かびあがらせ、可視化させることによって、精神保健福祉士の業務の標準化や質の向上、そしてサービス利用者や関係者に分かりやすく

示すことにつながるのである。

精神保健福祉士の業務を整理して示すうえで、精神保健福祉士の価値と理念を中心に据える必要がある。本業務指針では、精神保健福祉士の価値と理念を明文化したものである「倫理綱領」を全ての業務の土台とし、以下の4つの倫理原則が示す精神保健福祉士の責務を主軸として、多様な業務の分類・整理を試みた。

倫理原則1. クライアントに対する責務

倫理原則2. 専門職としての責務

倫理原則3. 機関に対する責務

倫理原則4. 社会に対する責務

それぞれの責務を横軸とし、縦軸に「価値・理念」「精神保健福祉士の責務」、「視点」、「レベル（対象）」、「目的」、「目標」、「業務（狭義）」、「機能」、「技能／技術」、「理論／知識」において、精神保健福祉士の業務を分類した。次頁に示す【表1】（「精神保健福祉士の業務特性に関する整理」）は、この分類基準に基づき、精神保健福祉士の業務を構成する要素の一覧を示したものである。なお、【表1】中で、「価値・理念」と「視点」と「理論／知識」は横軸を貫く共通のものとして示している。

【表1】精神保健福祉士の業務特性に関する整理

倫理綱領 (公益社団法人日本精神保健福祉士協会倫理綱領)	
個人としての尊厳、自己実現・自己決定、社会的復権・権利擁護と福祉 精神保健福祉の向上 (well-being)、ノーマライゼーションの実現、共生社会の実現 (ソーシャライズンクレーション)	
倫理原則	倫理原則 4 社会に対する責務
精神保健福祉士の責務	倫理原則 3 機関に対する責務 クライアントの社会的復権を目指した理念・目的に添って業務が遂行できるように努める。
倫理原則 1 クライアントに対する責務	倫理原則 2 専門職としての責務 専門性の向上 ・専門性の尊重、権利擁護 ・自己決定の尊重、自己実現の援助 ・プライバシーと秘密保持 ・クライアントの批判に対する責務 ・一般的責務
視点	ソーシャルワークの業務を構成する要素 (視点・対象・目的・目標・業務・機能・技能・技術・理論/知識) * 共通の視点: 人と状況の全体関連性、「生活者」として捉える、当事者との協働 (パートナーシップ)、個別化 (個人・集団・地域)、地域生活支援、主体性の回復・尊重 (エンパワメント)、ストレングス、リカバリー * 共通の課題: 個人と集団・地域・組織・社会それぞれとの間で生じる不具合や葛藤 (ジレンマ) と向き合い解決を目指す。
レベル (対象)	①個人/②集団
目的	③専門職 専門職として、人々の持っている力を肯定的に評価し、主体的に生かされるような支援 (かかわり) を担保する。 ・本人、集団 (グループ)、の主体性を尊重し、それぞれが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、「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共に考える。
目標	④所屬機関 所屬機関に対して、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。 ・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。 ・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。
	⑤地域 地域に対して、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を促進する。 ・人々が地域の中でより暮らしやすくなるための、フォーマル/インフォーマルネットワークづくりに取り組む。 ・地域内に不足している社会資源を開発・開拓する。 ・地域における精神保健福祉の課題について地域住民と共有する。 ・ステイグマの克服にかかわる。
	⑥社会/共生 社会システムに対して、人々が望む暮らしを保障するための社会施策を進展させ、改善する。 ・法令及び規則等、諸制度を理解し、解釈する。 ・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) ・社会資源の地域格差の是正及び適正な整備に向けた取り組み。 ・災害時等において必要な支援を行う。

<p><b>業務</b></p>	<p>&lt;個別支援&gt;                  ・所属機関のサービス利用に関する支援援助                  ・所属機関外のサービス利用に関する支援/情報提供                  ・受診/受療に関する支援                  ・療養中の問題調整                  ・所属機関のサービス利用中の問題調整                  ・退院/退所支援                  ・経済的問題解決の支援                  ・住居支援                  ・就労/社会参加に関する支援                  ・雇用における問題解決の支援                  ・教育問題調整                  ・家族関係の問題調整                  ・対人関係/社会関係の問題調整                  ・生活基盤の形成支援                  ・心理情緒的支援                  ・疾病/障害の理解に関する支援                  ・権利行使の支援                  &lt;集団に対する支援&gt;                  ・グループワーク                  ・セルフヘルプグループ、ピア活動への側面的支援及び協働                  ・家族への支援</p>	<p>&lt;スーパービジョン&gt;                  ・新人/先輩/同僚への教育・指導                  ・事例検討                  ・実習指導                  &lt;記録・管理&gt;                  ・記録の作成、管理                  ・業務管理、人事管理                  ・業務分析、業務改善                  &lt;学習・研鑽&gt;                  ・自己学習                  ・学会、研修会への参加、発表                  ・研究(調査、事例研究)                  ・研修企画・開催                  ・講義                  ・職能団体活動への参画</p>	<p>&lt;組織活動/組織介入&gt;                  ・所属機関のサービスに関する各種会議の開催、調整、参加                  ・所属機関の管理運営会議の開催、調整、参加                  ・所属機関の行事等の企画、運営                  ・所属機関の運営、維持管理業務                  ・情報処理/管理                  ・所属機関のサービスの質の管理(苦情対応、CS管理)                  ・所属機関のサービス機能評価に関する業務(外部評価含む)                  ・所属機関が提供するサービスの広報                  ・職員研修(他職種含む)に関する業務                  ・新規事業/プログラムの開発、提案、企画</p>	<p>&lt;地域活動/地域づくり&gt;                  ・地域連携機関の各種会議の企画、運営、参加                  ・地域関連機関主催の行事への協力、参加                  ・近隣関係機関/団体及び住民との調整                  ・ボランティアの育成、調整                  ・地域の精神保健福祉に関するニーズ調査                  ・諸機関/諸サービスを結びつける                  ・地域における社会資源の開拓、開発                  ・精神保健福祉にかかわる普及啓発</p>	<p>&lt;政策分析/提案/展開&gt;                  ・政策に関する情報収集及び理解                  ・政策分析                  ・政策提言                  ・政策展開                  ・企画立案                  ・啓発活動                  ・予防活動                  ・災害支援</p>
<p><b>機能</b></p>	<p>・支援/支持(サポート/カウンスリング)                  ・促進(ファシリテート)                  ・教育(エデュケーション)                  ・調整(コーディネート)                  ・連携/協働(ネットワーキング/コラボレーション)                  ・つながり/連結(リンケージ)                  ・仲介(ブローカー)                  ・調停(メディアエイト)                  ・権利擁護/代弁(アドボカシー)</p>	<p>・支援/支持(サポート/カウンスリング)                  ・促進(ファシリテート)                  ・教育(エデュケーション)                  ・評価(エヴァリュエーション)</p>	<p>・調整(コーディネート)                  ・連携/協働(ネットワーキング/コラボレーション)                  ・仲介(ブローカー)                  ・権利擁護/代弁(アドボカシー)                  ・協議/交渉(ネゴシエーション)                  ・促進(ファシリテート)                  ・教育(エデュケーション)                  ・コンサルテーション                  ・評価(エヴァリュエーション)                  ・変革(イノベーション)</p>	<p>・仲介(ブローキング)                  ・調停(メディアエイト)                  ・調整(コーディネート)                  ・連携/協働(ネットワーキング/コラボレーション)                  ・組織化(オーガニゼーション)                  ・権利擁護/代弁(アドボカシー)                  ・評価(エヴァリュエーション)                  ・協議/交渉(ネゴシエーション)                  ・啓発(インシエイト)                  ・変革(イノベーション)</p>	<p>・権利擁護/代弁(アドボカシー)                  ・評価(エヴァリュエーション)                  ・協議/交渉(ネゴシエーション)                  ・啓発(インシエイト)                  ・組織化(オーガニゼーション)                  ・変革(イノベーション)</p>

レベル (対象)	①個人／②集団	③専門職	④所属機関	⑤地域	⑥社会／共生
<p>技能/技術</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>関係形成技法                     <ul style="list-style-type: none"> <li>傾聴、受容、共感</li> </ul> </li> <li>面接技術                     <ul style="list-style-type: none"> <li>場面構成、促し、支持、繰り返し、言い換え、質問、感情の反映、明確化、提案など</li> </ul> </li> <li>アセスメント                     <ul style="list-style-type: none"> <li>ニーズ理解、問題特性の把握、人と環境の全体関連理解</li> </ul> </li> <li>個別援助技術                     <ul style="list-style-type: none"> <li>インタビュー、スクリーニング、トリアージュ、情報収集、アセスメント、情報提供、プランニング、支援、モニタリング、事後評価 (エバリュエーション)</li> </ul> </li> <li>集団援助技術                     <ul style="list-style-type: none"> <li>グループの力動の活用</li> </ul> </li> <li>ケアマネジメント</li> <li>チームアプローチ</li> <li>訪問、アウトリーチ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>スーパービジョン</li> <li>知識/理論の習得</li> <li>記録</li> <li>実践の概念化/理論化</li> <li>自己覚知、自己理解</li> <li>調査/研究 (ソシヤルワーカーリサーチ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>組織アセスメント</li> <li>管理/運営 (アドミニストレーション)</li> <li>調整 (コーディネート)</li> <li>連携/協働 (ネットワーキング/コラボレーション)</li> <li>チームアプローチ</li> <li>ケアマネジメント</li> <li>コンサルテーション</li> <li>権利擁護/代弁 (アドボカシー)</li> <li>協議/交渉 (ネゴシエーション)</li> <li>企画/開発</li> <li>変革 (イノベーション)</li> <li>促進 (ファシリテート)</li> <li>教育 (エデュケーション)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域アセスメント (地域理解/分析)</li> <li>ケアマネジメント</li> <li>資源開発/開拓</li> <li>組織化 (ネゴシエーション)</li> <li>動員/誘致</li> <li>媒介/交流促進</li> <li>協議/交渉 (ネゴシエーション)</li> <li>コンサルテーション</li> <li>権利擁護/代弁 (アドボカシー)</li> <li>企画/開発</li> <li>啓発 (インシエイト)</li> <li>予防</li> <li>広報</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>政策アセスメント (政策理解/分析)</li> <li>社会変革 (ソシヤルアクション)</li> <li>組織化 (ネゴシエーション)</li> <li>権利擁護/代弁 (アドボカシー)</li> <li>協議/交渉 (ネゴシエーション)</li> <li>啓発 (インシエイト)</li> <li>コンサルテーション</li> <li>広報</li> <li>予防</li> <li>危機介入/危機対応</li> </ul>	
<p>理論/知識</p>	<p>*理論的基礎：社会福祉学</p> <p>*活用する実践理論/アプローチ：単一のものにしばられず柔軟に活用する。                      エコロジカル・アプローチ、ストレンジス・アプローチ、エンパワメント・アプローチ、ナラティブ・アプローチ、問題解決アプローチ、危機介入アプローチ、課題中心アプローチ、認知行動理論、システム理論、グループ力動論、ソシヤルサポート・ネットワーク理論、など</p> <p>*活用する知識：人と環境 (社会) とその相互作用に関する知識 (Bartlett,H.M. 1970 = 1978)                      個人の全体性と人間の発達と行動、支援を受ける/提供する際の心理、人間相互の意思伝達・感情表現、個人間/個人対集団/集団間の相互作用、文化・法・制度が人や集団にもたらす意味と影響、地域社会の発展と変化、社会サービスと資源、サービス内容と方法・サービス組織、自己覚知</p>				

### 3 精神保健福祉士の業務を構成する要素

前表（【表1】精神保健福祉士の業務特性に関する整理）は、精神保健福祉士の倫理綱領を基盤として、精神保健福祉士の業務を構成する要素を整理したものである。各要素のうち、「価値・理念」、「精神保健福祉士の責務」、「視点」「レベル（対象）」「目的」「目標」とそれらの関連については、前章までに述べてきたところである。ここでは、【表1】が示す「A. 業務」「B. 機能」「C. 技能/技術」「D. 理論/知識」について説明を加え、内容を補完する。

#### ▶▶▶ A. 業務

本業務指針が定義する「業務」は、先述したとおり精神保健福祉士の価値と理論及びその視点、活用する知識や技術などによって構成されるものであるが、表に示す業務は精神保健福祉士の具体的行為内容として「狭義の業務」をあげている。具体的行為の示し方も、利用者のニーズや課題を切り口とした「主訴別」の表現と、面接や訪問、グループワーク、カンファレンスなどの「方法別」の表現とがある。

本業務指針では、指針で取り上げる業務の表記と、精神保健福祉士各自が日々の業務で行っていることが結びつきやすいことが、現場での活用を促進するうえで重要だと考えた。そこで、これまで本協会の業務統計調査などでも活用されてきた「主訴別」の業務表記が具体的にイメージしやすいという判断から、基本的には「主訴別」を切り口として表現している。

一方、「集団」におけるグループワークや、「専門職」におけるスーパービジョン、「所属機関」「地域」「社会」に対する管理運営などの組織活動、各種会議の企画や参加などの地域活動、政策提言などは、「主訴別」の表現が困難なものが多い。これらは「方法別」の表現のほうが分かりやすいと考え、「方法別」を切り口として表現している。

【表1】で示した「業務」は、精神保健福祉士が行っている業務全てを網羅できるものではないが、各分野に共通する典型的なものを取り上げている。第Ⅱ部では、さらにそこから代表的なものを取り上げ、具体的な指針を示している。

#### ▶▶▶ B. 機能

「機能」という言葉は、一般社会においてもよく用いられる語句であり、またソーシャルワーク（精神保健福祉）の分野においても頻繁に使用される。しかし、この「機能」という語句は、多様な事柄や場面で用いられるため、使用する者によって意味や解釈に若干のズレが生じやすい。そこで、まずはこの「機能」という語句の意味を簡潔に整理するとともに、本業務指針における用語の定義を明確にしておきたい。

広辞苑第6版（岩波書店）によると、「機能」は、①物のはたらき、②相互に関連し合っ全体を構成している各要素や部分が有する固有な役割（またその役割を果たすこと）と解説されている。さらに「機能」を英語で表記すると‘function’だが、これを英和辞典（ジーニアス英和辞典第4版）で引くと、機能、働き、作用などと訳され、複数形の

‘functions’ では、職務、役目、役割などと訳されている。

また、社会学用語辞典（学文社1992）では、「機能」は顕在的機能と潜在的機能に分けて説明されており、顕在的機能（manifest function）は参与者によって意図されて認知された機能であり、逆に潜在的機能（latent function）とは参与者に意図されず、認知されない機能であると解説している。

これらのことから、本業務指針では、「機能」を「参与者による意図や認知の有無にかかわらず相互に関連し合った働きや役割（それらを果たすこと）」と定義した。

このことを踏まえて、次に精神保健福祉士の機能について述べることにする。

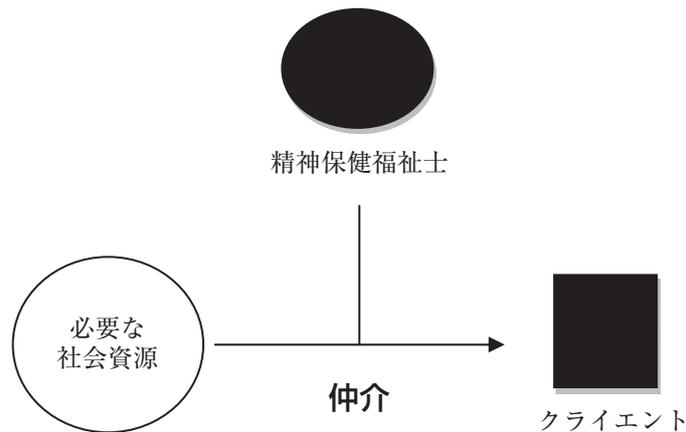
次に示すソーシャルワーカーの機能一覧は、アシュマンとハル（Kirst-Ashman, K.K. & Hull, G.H. Jr. 2006）によって体系化された内容をもとに、国内外の著書や論文等の文献を参考に整理したものである（【表2】）。

**【表2】 ソーシャルワーカーの機能一覧**

①仲介（ブローキング）
②支援/支持（サポート/カウンセリング）
③調停（メディエイト）
④教育（エデュケーション）
⑤評価（エバリュエーション）
⑥調整（コーディネート）
⑦権利擁護/代弁（アドボカシー）
⑧促進（ファシリテート）
⑨啓発（イニシエイト）
⑩協議/交渉（ネゴシエーション）
⑪組織化（オーガニゼーション）
⑫コンサルテーション
⑬連携/協働（ネットワーキング/コラボレーション）
⑭つなぐ/連結（リンケージ）
⑮変革（イノベーション）

ここに示された15の機能の詳細については、以下に図解（diagram）を用いながら、それぞれの解説を加える。

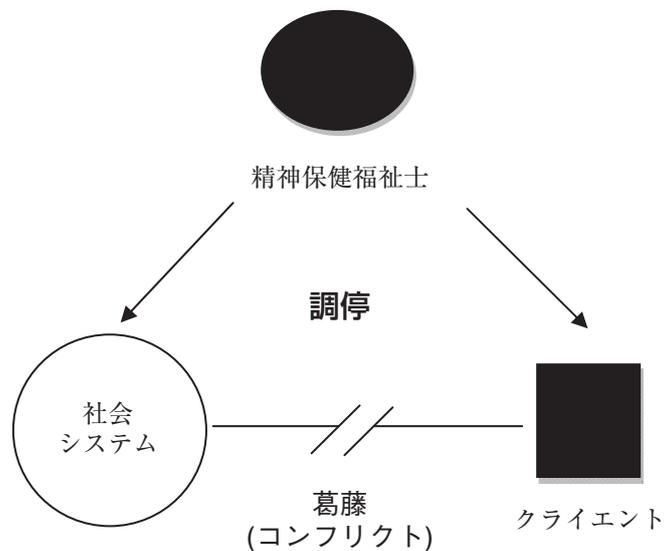
①仲介（ブローキング）：クライアントに必要な社会資源を結びつける機能



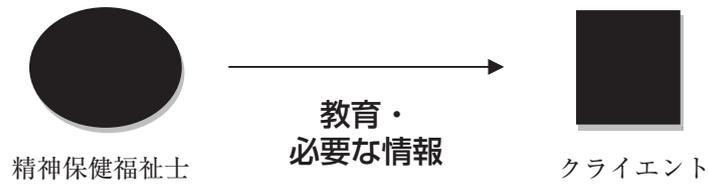
②支援/支持（サポート/カウンセリング）：クライアントに支援や支持を行って、うまく課題を遂行したり、問題解決のための対処能力を強化する機能



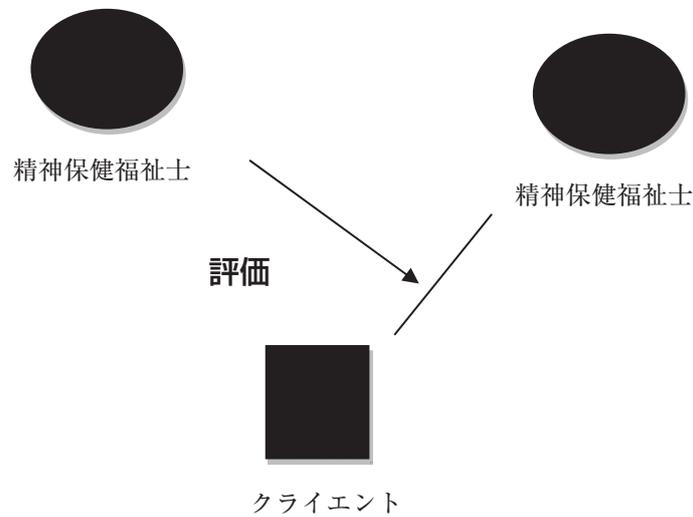
③調停（メディエイト）：クライアントと社会システムとの間で生じる葛藤（コンフリクト）を解決し、中立な立場で調整を図る機能



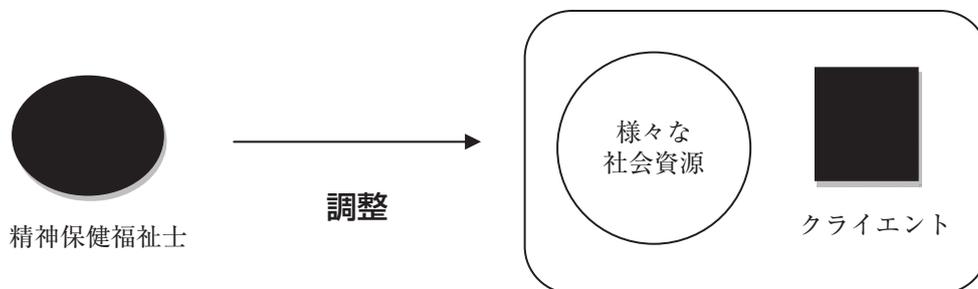
④教育（エデュケーション）：クライアントに教育や必要な情報を伝える機能



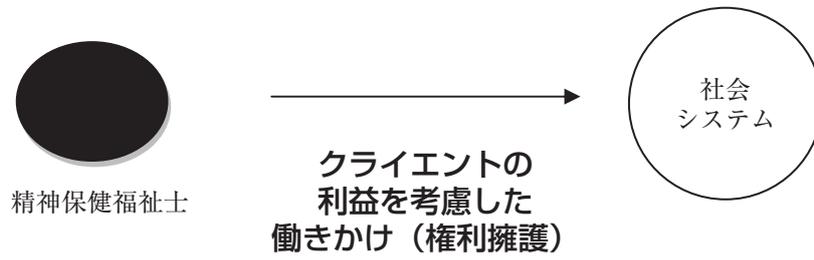
⑤評価（エバリュエーション）：実践の効果を評価する機能



⑥調整（コーディネート）：クライアントに対して、様々な社会資源を見つけ出し、計画的に資源を提供する機能



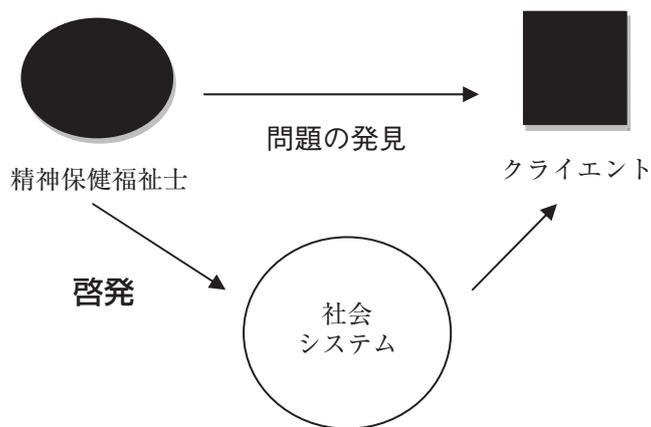
⑦**権利擁護/代弁（アドボカシー）**：クライアントの利益を考慮した働きかけをしたり、弁護したりする機能



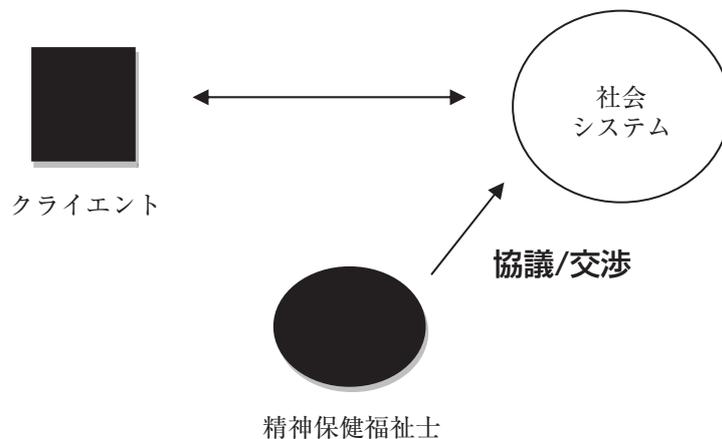
⑧**促進（ファシリテート）**：他の人に促しや指針を示して、物事がうまく展開する方向に導く機能



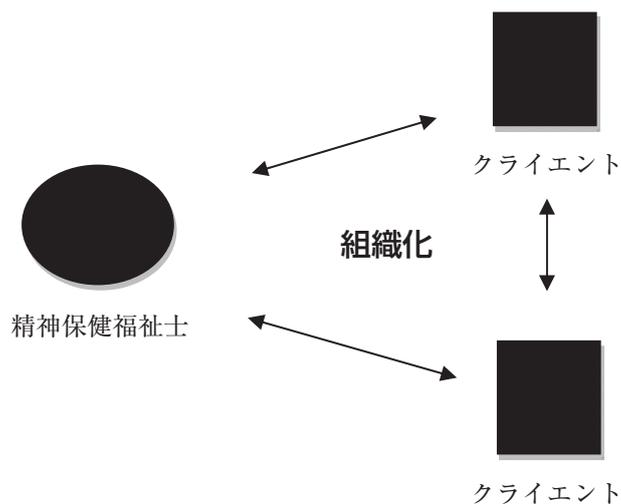
⑨**啓発（イニシエイト）**：ある社会的な問題や課題に対して、人々の関心を向ける機能



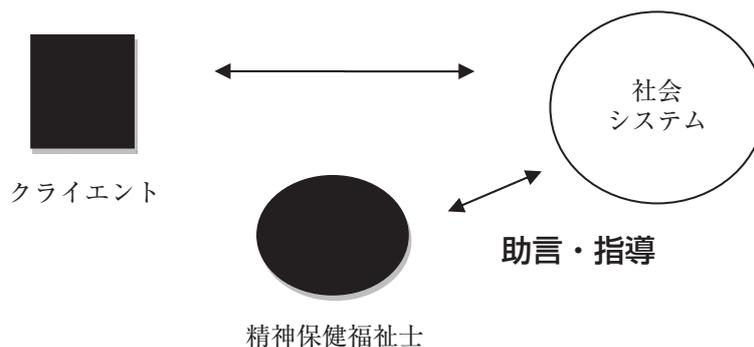
⑩**協議/交渉（ネゴシエーション）**：問題解決のために、関係する者と話し合い（協議・交渉）をする機能



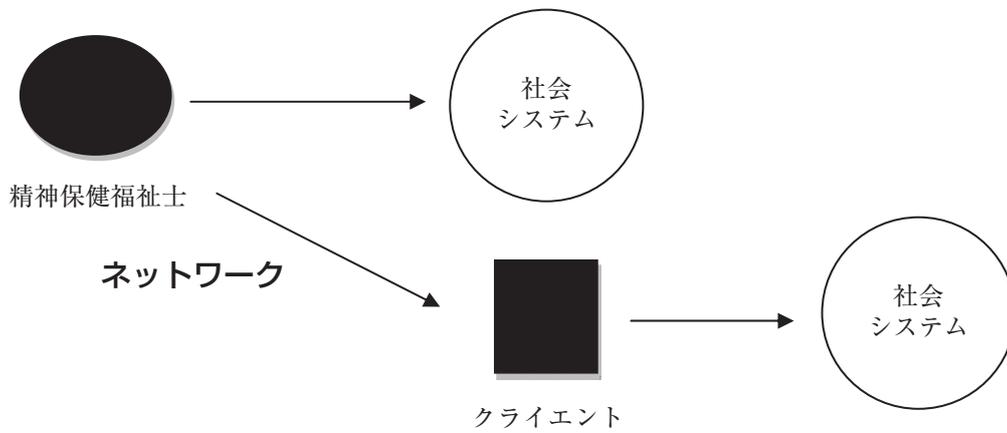
⑪**組織化（オーガニゼーション）**：個人あるいは集団をまとめていく機能



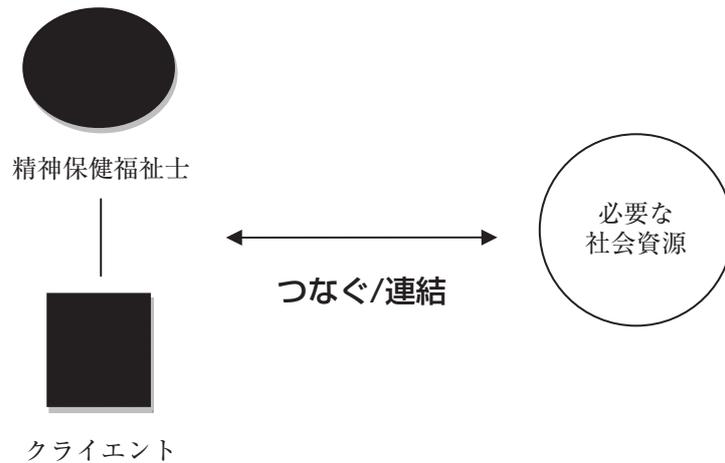
⑫**コンサルテーション**：アドバイス（助言）や指導、考え方などを提供する機能



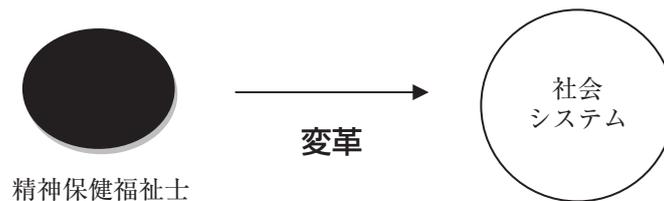
- ⑬連携/協働（ネットワーキング/コラボレーション）：連携し合う必要がある個人や組織、諸団体間のネットワークを構築していく機能



- ⑭つなぐ/連結（リンケージ）：クライアントと必要な社会資源とを引き合わせるような仲立ち的な機能



- ⑮変革（イノベーション）：組織や社会の変革を求める働きかけを行う機能



## ▶▶▶ C. 技能/技術

ここでは、「技能」「技術」とともに「skill」の意味で使用している。「skill」とは、ソーシャルワークの目的を達成するための精神保健福祉士の主体的側面（一定の法則性を有した活動）であり、熟練、技、勘、コツなどをも含まれる。新社会学辞典（有斐閣1993）によれば、「技能は技術を前提として形成される個人的な労働能力であり、主観的、無意識的、偶然的である。技能における法則性が解明され、適用されると、技能は、客観的、意識的、必然的な性格をもつ体系（システム）としての技術になる。そして、この新しい技術を前提として、再び新しい技能が形成される」と定義されている。精神保健福祉士の実践において「技能」の側面が多く活用されていると考えられるが、精神保健福祉士の質の向上を目指す業務指針において、「技能」としての個々人の能力や技を伝達可能で体系的な「技術」として示すことが求められる。

以下、精神保健福祉士の業務展開において必要な主な技術を示す。

### （1）関係形成技法

関係形成技法は、利用者との信頼関係の醸成及びパートナーシップ形成において必須の技術であり、「傾聴」「受容」「共感」はその基本である。「傾聴」とは、利用者の話それ自体をじっくり聴くことであるが、その際、精神保健福祉士の先入観や既存の枠組みに沿って反応することを控える必要がある。つまり「傾聴」には、精神保健福祉士自らの先入観や認識枠を自覚し反省的に問い直す姿勢（自己覚知）が求められるのである。利用者の気持ちや考えの流れを聴き、それを受けとめることが「受容」であるが、「受容」と「許容」とを区別することが必要である。「受容」とは、利用者が経験していること、感じ考えていることを、事実として受けとめることであり、それらを肯定し賛同することと同義ではない。つまり、利用者の言動に賛同できない場合でも、そのような言動に至る思いを「受容」することが重要である。そして、利用者の思いに寄り添い、理解を表すことが「共感」といえる。

バイステック（Biestek,F.P. 1957=2006）は、援助関係を形成する技法として以下の7つの原則をあげ、具体的な展開方法を示している。これらは、精神保健福祉士の業務において欠かせない技術であり、常に念頭におくことが求められる。

#### <バイステックの7つの原則>

- ①クライアントを個人として捉える（個別化）
- ②クライアントの感情表現を大切にす（意図的な感情表出）
- ③援助者は自分の感情を自覚して吟味する（統制された情緒的関与）
- ④受けとめる（受容）
- ⑤クライアントを一方向的に非難しない（非審判的態度）
- ⑥クライアントの自己決定を促して尊重する（自己決定）
- ⑦秘密を保持して信頼感を醸成する（秘密保持）

## (2) 面接技術

面接とは、ソーシャルワークの目的に沿った意図的な会話である。利用者のニーズを理解し、その実現に向けて利用者と協働するために、一定の構造化を図り（【表3】）、様々な面接技術が活用される（Evans,D.R. et al=1990、渡部1999）。

【表3】面接の構造

面接の段階	関係目標	行動目標
展開	これから一緒に問題に取り組み解決していこうとする基本的な信頼関係をつくる。	利用者にとっての問題や利用者のおかれている状況を探索する。
問題の焦点化 *利用者にとっての問題を「人と環境の相互作用」の観点から捉える	信頼関係を基盤とし、より焦点づけられた促進的な関係を利用者との間で形成する。	問題の特性を正しく理解する。 *具体的な事象 *利用者の思いや構え *利用者のどのようなニーズが充足していないために問題が生じているのか
問題の確認と合意 (共有)	促進的な関係を維持し、問題解決に向けた協働関係（パートナーシップ）を形成する。	・問題の特性について利用者と共有し、優先的に解決すべき問題を共有する。 ・所属機関の扱うべき問題とそれ以外の問題とを整理し、利用者との合意を図る。
具体的展望	促進的な関係及び協働関係を維持し、問題解決に向けた方策を共に探索、検討する。	問題解決に向けて可能性を探る。 *選択肢をあげる（広げる） *情報提供や助言
目標設定 行動計画の設定	協働関係を維持し、目標を共有して利用者が主体的に問題解決に向かうことを支援する。	・問題解決に向けて利用者が選択した目標の確認 *長期目標とサブゴール ・目標に向けた行動計画の設定 *役割の明確化

エバンズ他（Evans,D.R. et al=1990；251）をもとに作成

<主な面接技術>

- ①場面構成
- ②焦点を当ててついていく（傾聴反応）：受けとめ、促し、非指示的リード、支持、最小限の励まし、繰り返し、言い換え
- ③質問；開かれた質問、閉じられた質問、具体性の確認
- ④感情の反映（感情の明確化）
- ⑤内容の反映（確認、要約）：言い換え、要約
- ⑥情報提供、提案・助言
- ⑦感情伝達と即時性
- ⑧対決（直面化）
- ⑨自己開示

### （3）アセスメント

ソーシャルワークアセスメントとは、利用者と環境に関する情報に基づき、利用者の生活問題の特性と利用者ニーズの理解を通して、支援の方向性を定める専門的認識過程である。渡部（2011）は、アセスメントは「常に変化する可能性をもった」利用者とその環境を扱う「継続的・多角的プロセス」として支援の全過程で機能しており、支援者は常に流動的に現象を捉え、柔軟性を保つことが必要だと述べている。アセスメントは、精神保健福祉士の業務展開において要となる重要な技術であり、適切なアセスメントができるか否かによって支援の結果が左右され、それが利用者利益に反映されるのである。アセスメントにおいて必要な情報は多岐にわたるが、以下のように整理することができる。

- ①利用者のニーズ及び問題特性（何が生じているのか、緊急性はどの程度か）
- ②利用者に関する「生理学的（医学的）」「心理的・情緒的」「社会的」状況
- ③利用者を取り巻く環境（家族や集団、地域、社会）に関する情報

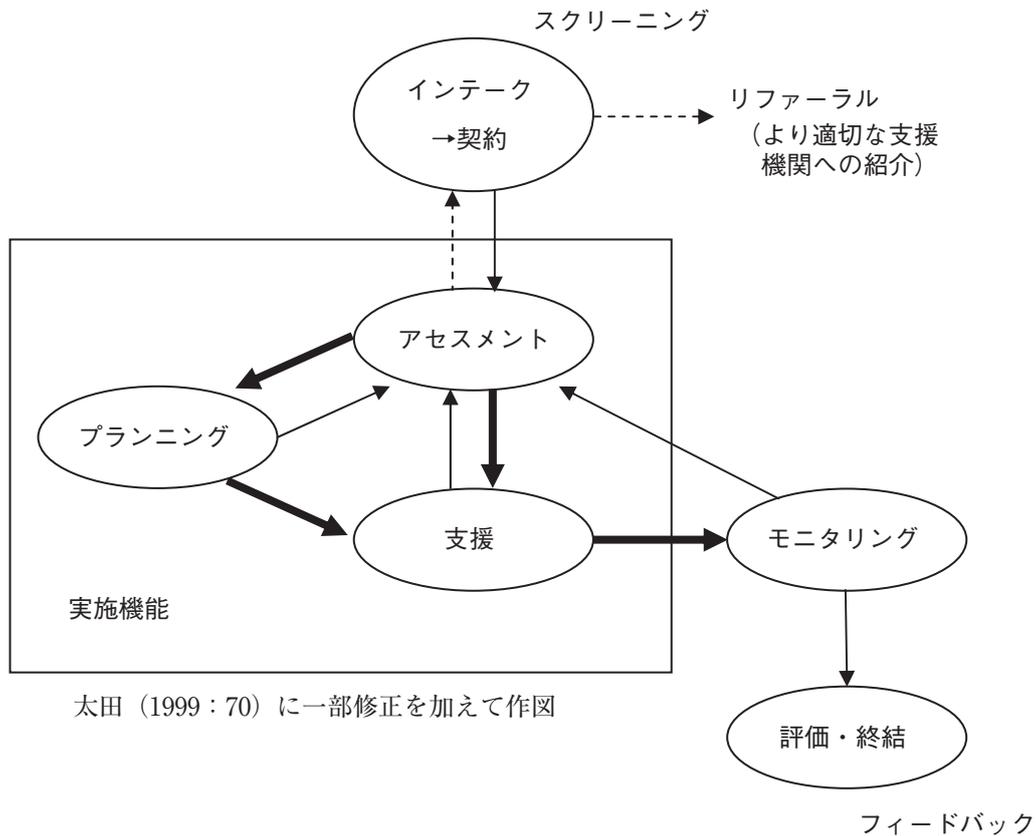
近藤（2012）は、アセスメントと情報の混同が散見されることを指摘し、両者は全くレベルが異なることを示している。アセスメントは単なる情報の羅列ではなく、様々な情報の関連性を見出し、それらの情報をソーシャルワークの理論や知識に基づき分析する作業である。この専門的な状況判断や見立てによって、支援の方向性（プラン）が導き出されるわけである。

また、アセスメントは個人へのアプローチだけでなく、対組織（組織アセスメント）、対地域（地域アセスメント）、対社会（政策アセスメント）などメゾ・マクロレベルでも活用される技術である。精神保健福祉士の実践は、個人と集団・組織・地域・社会それぞれの間で生じる不具合と向き合い解決に向けて働きかけるものである。よって、いずれの関係においてどのような不具合があるのかを見極めるために、必要な情報を収集・整理し、それらの情報を分析・解釈する必要がある。メゾ・マクロレベルのアセスメントでは、ソーシャルワークリサーチを活用した状況理解が行われる。

#### (4) 個別援助技術

個別援助技術とは、個人へのアプローチにおける支援の展開過程である。【図4】のように、アセスメントを軸としてインテーク、プランニング、支援の実施、モニタリング、評価、終結の一連の流れを踏む。

【図4】 アセスメントを軸とした支援の過程



太田 (1999 : 70) に一部修正を加えて作図

#### (5) 集団援助技術 (グループワーク)

集団援助技術 (グループワーク) とは、グループの力動を用いて個人の成長や問題を解決する技術である。対象とするグループは「個別化の余地のある対面集団」(Konopka, G. 1963=1967) で、共通の課題や目標を持つ利用者 (メンバー) の相互作用を促進し、プログラムなどの媒体を活用して、個々のニーズの充足や目標の達成を目指す。

グループワークの方法には、多くの実践モデルが示されており、代表的なモデルでは、予防やリハビリテーションなど個人の変革を目的とする「治療モデル」や、ソーシャルワーカーの仲介的アプローチによる相互扶助システムの発展を目的とする「交互作用モデル」、社会的機能の強化や社会参加を目的とする「社会的諸目標モデル」などがある。

##### <治療モデルの展開過程>

「治療モデル」(予防的及びリハビリテーション的アプローチ) では、解決すべき問題を明らかにして、メンバーやグループにかかわる臨床的過程であり、以下の過程がある。

- ①インテーク：面接を行い、初期評価に必要な情報を聴取し、グループの利用が適切かどうかを判断し、クライアントとして受け入れるかどうかを決定する。
- ②アセスメントと支援計画：クライアントの状況について、問題や原因、環境を改善目標に照らしてアセスメント。これをもとにクライアントの活動計画や支援計画を作成し、契約する（ワーカーとクライアントが解決すべき問題とその解決方法に同意する）。計画は支援経過のどの段階においても、クライアントの特定のニーズに叶うように修正していく。
- ③グループの形成：クライアントの状況に合わせてグループ構成を考え、グループを新たに編成する。または既存のグループに入れる。ワーカーとクライアントの間で確認した目標を踏まえて、凝集性や相互作用等の集団力動が得やすいグループを形成する。
- ④グループ利用：グループとしての発達を支援しながら、クライアントをグループの中で支援し、目標の達成を図る。
- ⑤利用の評価・終結：利用効果を評価し、サービスを終結する。  
⇒残された課題や新たな課題を再アセスメントし、再利用や他機関利用へと循環する。

#### <交互作用モデルの展開過程>

「交互作用モデル」では、クライアントと社会（集団）との間で、お互いが必要とされる相互援助関係が形成されるように働きかけるもので、以下の過程がある。

- ①準備期：グループの形成に向けて、メンバー個々の課題に応じたグループワークの目的の明確化及びメンバーとの「波長合わせ」やグループワーク実施の環境を整備する。
- ②開始期：グループのメンバー間の関係形成に向けて、グループワークの目的とメンバーの課題を共有する。合わせてメンバーの緊張を緩和し安心してグループワークに参加できる場を構成する。
- ③作業期：具体的な活動を通してメンバー間の相互作用を促進し、個々のメンバーの課題の解決に向けて働きかける。
- ④終結期：メンバーとグループワークの活動内容を振り返り、個々のメンバーの課題の達成を確認するとともに今後の課題に向けた活動につなげる。

グループワークに用いられる「援助媒体」には、①ソーシャルワーク関係、②メンバーの相互作用、③プログラム、④社会資源などがある。中でも「①ソーシャルワーク関係」は中心的な援助媒体であり、“メンバー”と“グループ”の両方を対象とする二重の専門的援助関係（ソーシャルワーク関係）を築き、効果的なグループ体験につながるよう、メンバーやグループに働きかけるのである。

グループにおけるソーシャルワーカーの役割は、総じて“グループと共に働く人”と表

現されるが、主として①支援者（enabler；利用者の目標達成を支援）、②個人に変化を起こさせる人（change agent；自己の認知や行動の変化、環境の調整）、③媒介者・資料提供者（mediator, resource person；メンバーの相互援助関係を促進する）などがあげられる。ソーシャルワーカーは、グループで自分自身を素材として活用しながら、メンバーと共に活動するが、グループで大きな影響力を持つ存在でもある。個人やグループの力を引き出すには、メンバーやグループの自己決定、メンバー間の相互作用を醸成することが必要であり、ソーシャルワーカーの自己覚知も不可欠である。

コノプカ（Konopka, G. 1963=1967）は、集団援助技術（グループワーク）における14の原則を示している。これを福田ら（1979）の示す7つの原則に沿って整理したものが【表4】である。

【表4】グループワークの原則

グループワークの実践の諸原則（福田ら）	グループワークの諸原則（Konopka）
1 個別化の原則	①集団の中の個別化。一人ひとりを理解すること
	②各小集団や、集団の中の下位集団も個別化して理解すること
2 受容の原則	③個人を人間として尊重し、トータルに理解して受け入れること
	④ワーカーとメンバーの間に意図的な援助関係を築くこと ※（⑭暖かく、人間的な自己活用、関係形成）
3 参加の原則	⑤メンバー間の協力関係（相互関係）の醸成を支援すること
	⑥グループ過程に必要な変更を加えること 相互作用、下位集団、リーダー、孤立者等の評価と働きかけ
	⑦能力に応じた参加を励まし、能力向上を支援すること 各メンバーがグループに欠かせない一員となるように支援する
4 体験の原則	⑧問題解決の過程に参加することができるように支援すること
	⑩人間関係を持つ、物事を成就（成功）させる体験を積むこと
5 葛藤解決の原則	⑨メンバーが葛藤解決のために、より良い方法を経験するように支援すること
6 制限の原則	⑪各個人やグループの状況に対する診断的評価に基づいて、より良い支援や活動につなげるために、制限を活用すること
7 継続評価の原則	⑫各メンバー、グループの目的にふさわしいプログラムを作成し意図的に用いること
	⑬各個人とグループ過程について継続的な評価を行うこと
	⑭グループワーカーは暖かく人間的な、訓練された自己活用をすること（④に深く関連している）

Konopka, G. (1963=1967)・福田ら（1979）の示す諸原則をもとに作成

## (6) 地域援助技術（コミュニティワーク）

地域援助技術とは「人々・集団・組織等が集合的行為を起こして、生活問題の解決と自分たちのコミュニティ（生活する地域）を改善する諸過程を支援する」技術である。精神保健福祉サービス利用者が直面している課題や、その支援過程で明らかになった課題を地域の共通課題として捉え、地域住民の主体性形成に基づく課題解決や新たな資源の創設を目指す。コミュニティワークの展開過程は以下のとおりである。

- ①準備・開始：問題の発見・認識
- ②地域アセスメント：地域の実情や課題の把握・分析
- ③地域活動計画：前提条件分析、計画目標と役割分担、計画策定の住民参加
- ④計画実施とモニタリング：住民中心の活動、計画実施と見直し、資源の開発、価値目的の再確認と方法の再選択
- ⑤評価と新たな活動計画へ

## (7) ケアマネジメント

ケアマネジメントは、地域を基盤とした支援過程（地域生活支援）において不可欠な技術である。マクスリー（Moxley,D.P. 1989=1994）は、ケアマネジメントを「多様なニーズをもった人々が自分の機能を最大限発揮して健康に過ごすことを目的としてフォーマル及びインフォーマルな支援と活動のネットワークを組織化し、調整し、維持することを計画する人（もしくはチーム）の活動」と定義しており、ソーシャルワークの包括的視点を具体的に表す方法といえる。

我が国では、介護保険制度の導入に際してケアマネジメントが広く普及したが、その多くは仲介型モデルであり、既存のサービスと結びつける傾向が見受けられた。今日の精神保健福祉領域では、ACTモデル（包括型地域生活支援）やストレンクスモデルに基づくケアマネジメントが試行され、より利用者のニーズに即応した実践として注目されている。以下にストレンクスモデルに基づくケアマネジメントの展開過程を示す（Rapp,C.A. & Goscha,R.J. 2006=2008）。

- ①契約とパートナーシップ：共同作業の基礎として信頼と相互関係を築く。
- ②強さの評価：共同作業の基礎として、個人と環境の強さに関する情報を集める。  
優先事項（目標）を確認する。
- ③個人的計画：利用者が設定した目標を達成することに焦点を当てて共同の行動計画を立てる。
- ④資源の取得：利用者が目標達成し、その権利を守り、長所を伸ばすために本人が希望する環境資源を獲得する。
- ⑤集団的、継続的協力と段階的契約解除

## (8) チームアプローチ

チームアプローチとは、複数の異なる専門職や支援機関が、利用者の問題解決やニーズの実現という共通の目標に向けて協働することである。精神保健福祉にかかわるニーズは多様化しており、単一機関や単一専門職によるサービス提供では不十分である。また、地域を基盤とした包括的な支援には複数の機関や様々な立場の人たちがかかわることになるが、それらが利用者のニーズに応じて有機的かつ効果的に機能するためにも、チームアプローチが必要である。

チームアプローチの留意点は以下のとおりである。

- ①利用者のニーズを中心に据え、利用者の参加を原則とする。
- ②異なる専門職間や支援機関間で目標を共有し、継続的に確認する。
- ③情報を共有し、利用者に関する共通理解を図る。
- ④それぞれの専門性を相互に理解し、尊重する。
- ⑤それぞれが果たすべき役割と責任を明確にする。

### <医療における他職種連携>

ジャーメイン (Germain,C.B. 1984) とヘイルパー (Halper,A.S. 1993) は、医療チームの形態や機能の相違を示しており、それをまとめたものが【表5】である。チームアプローチには、利用者及び利用者ニーズに関する理解を共有し、目標の共有または統合が不可欠であり、そのためにはチームのメンバーが対等な関係を築くことが重要である。しかし、我が国では依然として医療の階層性（ヒエラルキー）が根強く、現在のチームアプローチの多くは、このなかのマルチ・ディシプリナリー型であるのが現実であろう。

精神保健福祉士が医療におけるチームアプローチに参画する意義は、利用者のニーズを包括的に捉え、その生活面を視野に入れたサービスを展開することにある。そのためには、利用者を生活者と捉える「生活モデル」の視点を医療チームに醸成し、生活の側面を含めた支援目標をチーム内で共有できるかにかかっている。この点を踏まえておかないと、知らず知らずのうちに「治療モデル」中心のチームに精神保健福祉士が組み込まれる事態を生じかねない。

精神保健福祉士は、自分がかかわるチームがどのような形態にあるのかを見極め、包括的な支援目標の共有化に向けた働きかけを積み重ねていくことが求められる。そのうえで、それぞれの役割の明確化と柔軟性のあるチームが形成されるのである。

【表5】チームの形態

チームのモデル	目標設定	特徴
マルチ・ディシプリナリー	治療と回復が中心的な目標となる。	専門職の位階性が強い。医師がリーダーとして方針決定を行い、各専門職が個別の役割を担い、それぞれの目的を遂行していく。
インター・ディシプリナリー	疾病の治療だけでなく、生活面を含めた包括的援助を目標とする。	包括的な目標を共有し、目標達成に向けて、互いの専門性を尊重・活用する。連携促進のために協議を多く持つが、専門職間で役割や機能の重複や漏れも生じる。
トランス・ディシプリナリー	治療や生活面を含めて目標の統合を図る。	専門職間の相違を超え、役割の開放や交代を可能にして目標の達成を目指す。

#### <他機関連携>

利用者の地域生活支援において、他機関との連携は不可欠である。精神保健福祉及び障害者福祉サービスの機能分化が進められている今日、多様なニーズを持つ利用者にかかわる機関は多岐にわたり、各々が利用者のニーズと支援目標を共有し、それぞれの役割を明確化することが一層求められている。また、利用者の地域生活を支えているのは専門職や専門機関だけでなく、家族や友人、ボランティアや民生委員など、様々な立場の人が大切な役割を担っていることも多い。精神保健福祉士は、こうした人々とも連携し、本人を中心とした支援ネットワークが形成されるよう働きかけることが重要である。

利用者のニーズに応じて、多様な支援者や支援機関がかかわり、連携を図ることが大切であるが、その際、留意すべき点がある。まず、チームアプローチは、情報の共有に基づく協働によって進められるが、その際の個人情報取り扱いにおける倫理的配慮が不可欠である。本人の了解や同意なく、情報のやりとりが行われていないか常に留意し、本人がチームの中心であり支援内容を決定する主体であることを念頭におくことが重要である。また、支援者間の役割の曖昧さや支援の漏れは、利用者に不利益をもたらすことになる。支援やサービスは分担しても、人の生活は分断されるものではない。精神保健福祉士は、人の生活の連続性を重視した連携が図られるよう、ケアマネジメントの手法を活用して取り組むことが必要である。

これまで紹介してきたものは、マイクロレベルの「直接援助技術」が中心であり、メゾマクロレベルへのアプローチに対する説明が不十分であることは否めない。また、【表1】「精神保健福祉士の業務特性に関する整理」(P26)で示した「所属機関」「地域」「社会」の技術の項目は、多くが「機能」の項目であげたものと重複している。これにはマイクロレベルへのアプローチと比較して、「組織」「地域」などに焦点を当てた実践技術やレポート

リーが十分に開発されてこなかった（中村2009）という側面もあるが、こうしたメゾマクロへのアプローチにはより多様で多面的な動きが伴うため、個々の動きを体系化することの困難さが背景にあると考えられる。そのため、これらのアプローチを包括的に捉えて説明するには「機能」の項目と重なっていくのはやむを得ないと思われる。その点を踏まえて表の内容を理解していただきたい。

## ▶▶▶ D. 理論/知識

### (1) 理論

倫理綱領が示すように精神保健福祉士の理論的基盤は社会福祉学にある。そして、精神保健福祉士が業務を展開するうえで、様々なソーシャルワークの実践理論（モデル）を活用することが求められる。理論は、精神保健福祉士が対峙する複雑かつ曖昧な現象を、一定の枠組みに基づいて捉え直し、再構成することを助け、ソーシャルワークの目的に沿った方向性を示してくれる。これまで、多くのソーシャルワークの実践理論とその理論に基づくアプローチが開発されてきたが、以下に代表的な実践理論・アプローチをあげる。

- ① エコロジカル（生態学）理論・アプローチ
- ② ストレングス理論・アプローチ
- ③ 問題解決理論・アプローチ
- ④ 課題中心理論・アプローチ
- ⑤ 危機介入理論・アプローチ
- ⑥ 認知行動理論・アプローチ
- ⑦ エンパワメント理論・アプローチ
- ⑧ ナラティブ理論・アプローチ
- ⑨ システム理論・アプローチ
- ⑩ ソーシャルサポート理論・アプローチ

今日のジェネラリスト・ソーシャルワークにおいて「エコシステム・ストレングスアプローチ」が一つの基本形態といわれており（Johnson,L.C. & Yanca,S.J. 2001=2004）、上記の理論の中でも①と②は、多様な実践場面で活用される包括的な理論に位置づけることができる。またソーシャルワークの展開において、単一の理論にしばられるのではなく、人と状況の全体関連性を踏まえて柔軟に採用することが求められる。この点は精神保健福祉士の実践でも共通することであり、①、②の理論をベースとしつつ、実践領域や利用者ニーズ、業務内容に応じて種々の理論を組み合わせることで応用していくことが大切である。

先述の理論・アプローチの内容を理解するにあたって、それぞれの理論を提唱した原著にあたるのが好ましいが、現実的には難しい。一つの理論を熟知するには相当な時間を要し、複数の理論を理解し柔軟に活用するには限界がある。以下の文献は、代表的なソーシャルワーク理論を分かりやすくまとめたもので、実践的活用に優れていると思われる。参照してほしい。

・川村隆彦（2011）『ソーシャルワーカーの力量を高める理論・アプローチ』中央法規

- ・久保絃章・副田あけみ編著（2005）『ソーシャルワークの実践モデル—心理社会的アプローチからナラティブまで』川島書店

## （2）知識

ソーシャルワークにおける知識とは、実践における場面や状況を把握し理解するために必要なものであり、さらに具体的な支援をイメージし展開していくうえでも必要なものである。専門職としてのアセスメントやアセスメントに基づくプランニングを可能にするのは、状況を正しく理解するための知識が前提にある。

ソーシャルワークが要する知識は多岐にわたり、社会福祉及びソーシャルワークの知見から得られた知識と、関連領域の諸科学の知識の双方を含む。また、ソーシャルワークの知見から得られた知識は、これまで述べてきた「技術」や「理論」に関する知識がもちろん含まれる。バートレット（Bartlett,H.M. 1970=1978）は、それらの知識の総体を9つの項目に整理して示しており、この9項目に沿って具体的な知識内容を表にまとめた（【表6】）。

【表6】 ソーシャルワークにおいて活用する知識

人と環境とその相互作用に関する知識	具体的内容
①個人の全体性と「人と環境の相互作用」を重視した人間の発達と行動	医学、精神医学、精神保健学、心理学、社会学、生態学、社会システム理論
②他者や外部の資源から援助を受ける、または与える際の心理	心理学、バイステックの7原則、エンパワメント理論、ストレングス理論、ソーシャルサポート理論
③人間相互の意思伝達の仕方、感情を表現する仕方	コミュニケーション論、面接技術、バイステックの7原則
④集団過程、集団が個人に及ぼす影響と個人が集団に及ぼす影響	社会心理学、集団力動学、組織論、家族関係論、象徴的相互作用論、グループワーク論
⑤ある社会が有する精神的価値・法律・社会制度・文化が個人や集団、地域社会に対して持つ意味と影響	社会学、社会心理学、文化人類学、社会問題・社会現象に関する知識、社会調査に関する知識
⑥個人間・個人と集団・集団間の関係、相互作用過程	コミュニケーション論、相互作用論、生態学、システム理論
⑦地域社会の発展と変化の仕方、社会サービスと資源	地域社会学、地域福祉論、コミュニティワーク論 社会福祉・精神保健福祉に関する法体系、社会福祉・社会保障制度
⑧社会的サービスの内容、組織、方法	社会福祉・精神保健福祉のサービス体系、医療・精神医療のサービス内容、各種機関の機能と提供できるサービス内容、リハビリテーション学、実践理論・アプローチ、ソーシャルワーク技術論
⑨専門職としてのソーシャルワーカー自身の情緒と態度の気づき	自己覚知、専門職倫理（倫理綱領）の理解、スーパービジョンの知識

バートレット（Bartlett,H.M. 1970=1978）による知識の整理をもとに作成



## 第Ⅱ部

# 精神保健福祉士の 業務指針



## 第Ⅱ部のねらいと活用上の留意点

第Ⅱ部では、第Ⅰ部の分類基準に沿って整理した業務内容から、どの分野にも共通する精神保健福祉士の主な業務を24に分類し、それぞれの指針を示した。もちろん、この24の業務が精神保健福祉士の業務全体を網羅するものではないが、典型例のモデルとして位置づけ、現場実践で柔軟に活用してほしい。

第Ⅰ部で述べたとおり、精神保健福祉士の業務は、ソーシャルワークの価値と理念の実現を目指して、ソーシャルワークの視点に立ち、専門的知識や技術を活用した一連の行為を意味する。また、精神保健福祉士は、具体的にアプローチするレベルが「個人」であろうと「地域」であろうと、「人と状況の全体関連性」の観点から「ミクロ-メゾ-マクロ」の連続性において現象を捉え、業務を展開する。この「人と状況の全体関連性」には、当然、精神保健福祉士自身も含まれている。利用者を単に援助の対象として捉えるのではなく、問題解決の主体としてパートナーシップを形成するということは、業務展開において精神保健福祉士として自身のあり様を問い続けることでもある。

本業務指針は、以上の精神保健福祉士の業務特性を可能な限り反映させることが重要だと考え、それぞれの業務を構成する要素の全体像を、一定の枠組みに沿って提示することとした。

P56以降で示す業務指針は、第Ⅰ部の【表1】「精神保健福祉士の業務特性に関する整理」(P26)の内容を、業務を切り口にした枠組み(フォーム)に沿って再構成したものである。次頁【表7】で第Ⅱ部の業務指針の読み方について説明を加えているので、それを踏まえて本業務指針を活用してほしい。

【表7】 第Ⅱ部の業務指針を読む際の留意点

業務名	* 業務名の表記は、実践者がイメージしやすい表現を採用した。「個人に対する業務」と「集団に対する業務」は主に主訴別（課題別）で表し、一方「専門職（精神保健福祉士）としての業務」「所属機関に対する業務」「地域に対する業務」「社会に対する業務」を主軸としたものは方法別で表している。		
定義	* 業務の定義は精神保健福祉士の目的と連動しており、「何のためにどのような活動を行うのか」を簡潔に表現している。あえて簡潔に示すことにより、精神保健福祉士の実践の焦点が定められると考えている。各業務を遂行する際には、その定義を念頭におき方向性を見定めることが求められる。		
指針	* 「指針」の欄には、各業務の展開過程において、確認すべき精神保健福祉士の価値と理念を示している。記述の <b>太字・下線</b> で強調している概念は、精神保健福祉士の倫理綱領及び視点におけるキーワードであり、個々の業務はそれらを具体的に表すものとなるよう意図している。 * 価値と理念及び視点は、精神保健福祉士の実践基盤であり、どの業務にも共通するものであるが、ここでは特にその業務展開の流れを踏まえて選択している。よって、記載のないものでもそれらの価値、理念、視点が不要ということではない。		
主軸レベル	レベル①：個人／レベル②：集団		
他のレベルとの関連	レベル④：所属機関	レベル⑤：地域	レベル⑥：社会
	レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）		
他のレベルとの関連	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>* 第Ⅰ部で述べたように、本指針では精神保健福祉士の倫理綱領の4つの倫理原則に基づき、多様な業務の分類・整理を試みている。この分類基準によって、各業務を①個人/②集団/③専門職/④所属機関/⑤地域/⑥社会のレベルに区分し、それぞれの業務の主軸レベルを定めている。</p> <p>* さらに、精神保健福祉士の包括的な視点を踏まえ、他のレベルとの関連も合わせて記述している。例えば、個人を主軸レベルとした業務展開でも、常にその人を取り巻く環境や社会システムへの働きかけを志向することの重要性和、そうした視野の広がりをもって実践するよう、意識化を図ったものである。</p> <p>* 他のレベルとの関連で示す「専門職（精神保健福祉士自身）」の記述は、業務展開において精神保健福祉士としての自身のあり方を問い、力量を検証する必要性を示している。</p> </div>		

業務内容と 主な機能・ 技術	業務内容	主な機能・技術
実践上必要 な理論・知 識	<p>* 業務内容は当該業務の展開過程で押さえるべき点を示している。業務によって、目標達成に向けたプロセスを踏まえて記述しているものもあれば、ターゲットレベルの展開（例：マイクロ→メゾレベル）を意識して記述しているものもある。いずれも精神保健福祉士の業務が動的で開放的であることを意味しており、その特性を重視している。</p>	<p>* 第Ⅰ部で述べたとおり、機能と技術は重複するものも多い。よってここでは当該業務の主な機能・技術を併記している。</p> <p>* 一つの業務で活用される機能・技術は多岐にわたっている。全てを網羅しようとするれば際限なく広がり、焦点が定まらなくなる。よって、ここでは実践の目印となるよう、主要なもののみを抽出している。</p> <p>* ここでの機能・技術の記載は、それぞれ名称レベルに留めている。実践的活用の際して、第Ⅰ部における「B. 機能」「C. 技能/技術」を読み、それぞれの中身を理解して活用することが望まれる。</p>
	<p>* 当該業務の実践に際して、活用すべき理論と知識を記載している。「機能」「技術」と同様に、一つの業務で活用される理論・知識も多岐にわたり簡単に絞り込めないが、当該業務に特徴的な主要なものに限定して記載している。</p> <p>* 「理論」「知識」「技術」「機能」はそれぞれ厳密に区別できないものも多く重なり合っている。ここでは第Ⅰ部「B. 機能」「C. 技能/技術」「D. 理論/知識」の記述に沿って一定の整理・分類を行ったものを記載している。</p>	

# 1 精神保健福祉士の主な業務と定義

	業務名	定義
個人に対する業務		
1	所属機関のサービス利用に関する支援	所属機関の提供するサービスを必要とする人に対して、利用上の不安や問題を整理・調整し、安心してサービスを受けニーズの充足につながるように支援する。
2	所属機関外のサービス利用に関する支援/情報提供	他機関のサービス内容が本人のニーズや希望に適している場合に、適切な情報提供や連絡調整を行い、必要なサービスにアクセスできるように支援する。
3	受診/受療に関する支援	心身の変調と受診/受療上の問題を抱えている人に対して、問題を解決、調整し、必要な医療が受けられるように支援する。
4	所属機関のサービス利用に伴う問題調整	所属機関のサービス利用に伴う心理社会的問題を調整し、本人が安心して必要なサービスを利用し、ニーズが充足できるように支援する。
5	療養に伴う問題調整	入院、外来を問わず療養に伴って生じる心理社会的問題を調整し、必要な医療を受けながら、安心して生活が送れるように支援する。
6	退院/退所支援	病院/施設から本人が望む場所へ退院/退所し、その人らしい暮らしを実現するために支援する。
7	経済的問題解決の支援	生活費や医療・福祉サービス利用費または財産管理等の経済的問題の調整を通して、本人が安心して主体的に生活を営めるよう支援する。
8	居住支援	住居及び生活の場の確保や居住の継続に関して、本人の希望を尊重しながら支援することを通して、障害や疾病があっても健康で文化的な暮らしを実現する。
9	就労に関する支援	本人の就労ニーズを尊重しその力を引き出すとともに、就労環境の調整を通して、主体的に社会活動・経済活動に参加できるよう支援する。

	業務名	定義
10	雇用における問題解決の支援	雇用上の問題解決及び本人の職業上の自己実現を支援するとともに、精神疾患や障害のある労働者への合理的配慮を雇用主に提案、調整し雇用の安定を図る。
11	教育問題調整	就学/復学に関する本人のニーズを尊重し、本人が主体的に進路を決定し、その定着を支援する。
12	家族関係の問題調整	本人と家族の間で生じる問題や葛藤に対して、問題の整理と調整を行い、家族の力動やストレングスを活用した問題の改善・解決を図る。
13	対人関係/社会関係の問題調整	本人と周囲の人々との間で生じる問題や葛藤に対して、問題の整理と調整を図り、本人が対人関係/社会関係において安心して生活することを支援する。
14	生活基盤の形成支援	衣・食・住・心身の保全・移動・金銭管理などの日常生活の基盤形成を促進し、安心・安定した地域生活が送れるよう必要即応の支援を行う。
15	心理情緒的支援	不安や葛藤、喜びや悲しみなど本人の様々な感情を受けとめ、目標達成のために力づける。また、本人と家族/関係者などの人間関係にかかわる。
16	疾病/障害の理解に関する支援	本人の疾病や障害に対する思いを受けとめ、疾病や障害に関する理解を促進するとともに、疾病や障害とつき合いながらその人らしく生きることを支援する。
17	権利行使の支援	権利侵害状況に関する点検及び勧告を行い、サービス利用に関する苦情対応などを通じて、本人の権利擁護または権利行使を支援する。
<b>集団に対する業務</b>		
18	グループ（集団）による支援・グループワーク	共通のテーマを持つ人々の問題解決やニーズの充足を目指し、集団の力動を活用した意図的なグループ経験を通じて、個人の成長や目的の達成を支援する。
19	セルフヘルプグループ及び当事者活動への側面的支援	セルフヘルプグループ及び当事者活動などが、それぞれの力を発揮し継続的に活動展開できるよう側面的に支援する。
20	家族への支援	家族を「生活者」として捉え、家族が抱える問題の整理と調整を通して、家族が安心して健康な生活を送れるよう支援する。

	業務名	定義
<b>専門職（精神保健福祉士）としての業務</b>		
21	スーパービジョン	職業的アイデンティティを同一にする者同士の契約に基づき、ソーシャルワークの専門性に照らした実践の省察を支援するプロセス（実習指導も含む）。
<b>所属機関に対する業務</b>		
22	組織活動/組織介入	所属機関に対して、利用者の人権及びニーズを尊重し、公共性を保持した運営管理を行うよう働きかける。
<b>地域に対する業務</b>		
23	地域活動/地域づくり	精神保健福祉にかかわる地域課題を発見・分析し、地域の資源開拓や諸資源のネットワーキング及び組織化による問題解決を図る。
<b>社会に対する業務</b>		
24	政策分析/提言/展開	現行の社会福祉制度・社会福祉政策を分析し、改善のための具体的な提言を行い、共生社会の実現に向けた施策の展開に関与する。

# 2 精神保健福祉士の主な業務と業務指針

業務名	1. 所属機関のサービス利用に関する支援		
定義	所属機関の提供するサービスを必要とする人に対して、利用上の不安や問題を整理・調整し、安心してサービスを受けニーズの充足につながるよう支援する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人が必要なサービスを活用し、<b>生活の質の向上 (well-being)</b> を目指す権利を保障する (<b>権利擁護</b>)。</li> <li>・サービスを利用する際の問題やアクセスの障壁について、<b>人と環境の相互作用</b>の視点から理解し、必要な調整を図る。</li> <li>・<b>個別化の視点</b>から、サービス利用にかかわる本人の思いやニーズを尊重する。</li> <li>・本人が問題をどのように捉え、どのようなサービスを希望しているか<b>自己決定を尊重</b>し、本人の<b>主体性の獲得</b>につながる支援を目指す。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> ・サービスを必要とするニーズがあり、利用上の問題を抱えている人やその家族 ・サービス利用における支援を求めている人		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b>	<b>レベル⑤：地域</b>	<b>レベル⑥：社会</b>
	所属機関のサービスとサービスの利用支援に関する評価を行い、サービスの質の向上や改善について、所属機関に提案・開発する。	サービス内容、利用方法、利用支援について、住民に情報を発信する。ニーズや問題にかかわる予防活動、地域組織化を行う。	サービスの制度的、施策的課題に対する整備を行う。制度/施策を評価し、制度上の改善策を検討し提言する。
	<b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b> 適切な情報提供及び利用支援に関する技能の習得・向上を図る。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の抱える問題やサービスの希望などを受けとめ、理解する。</li> <li>・疾患や障害、生活上の問題、本人の持つ力について把握し、サービスを必要とするニーズや利用上の問題を明らかにする。</li> </ul>		インテーク、面接技術 関係形成技法 アセスメント
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所属機関が提供するサービスと本人のニーズとを照合し、本人が必要とするサービスについて理解し選択できるように、本人に適した方法・手順を取る。</li> <li>・ニーズの充足や問題解決に向けて、本人参加のもとで支援計画を作成する。</li> </ul>		情報提供 調整（コーディネート） 計画作成（プランニング） 促進（ファシリテート）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・提供するサービス内容について、随時、本人の意向を確認し、家族や関係機関と連絡、調整を行い、支援体制を築く。</li> <li>・サービス導入後は、一定期間ごとに評価を行い、残された課題は再アセスメントし、支援計画に反映する。</li> </ul>		権利擁護/代弁（アドボカシー） モニタリング 再アセスメント 事後評価（エバリュエーション）	
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所属機関のサービス内容に関する知識：精神科治療、リハビリテーション、障害者・高齢者・児童の教育、治療、訓練、介護、就労、地域生活、相談支援など</li> <li>・サービスへのアクセス支援に関する知識：情報発信、広報、見学会開催など</li> </ul>		

業務名	2. 所属機関外のサービス利用に関する支援/情報提供		
定義	他機関のサービス内容が本人のニーズや希望に適している場合に、適切な情報提供や連絡調整を行い、必要なサービスにアクセスできるように支援する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>本人の意思を最大限に尊重</b>し、本人のニーズに適合しない不適切なサービス提供及び必要な情報提供の不備は、権利侵害につながるという認識を持つ（<b>権利擁護</b>）。</li> <li>・ サービスへのアクセス障害を防ぎ、十分に本人のニーズや状況を理解したうえで、適切な機関や社会資源につながるよう働きかける。</li> <li>・ 本人のサービス利用にかかわるニーズを<b>人と状況の全体関連性</b>から捉え、支援内容や回復段階に応じて機能分化している今日の保健医療福祉の支援システムにおいて、本人のニーズに対応した支援に漏れなく適切につながるよう働きかける。</li> <li>・ サービスの機能分化に伴い、利用者は時期や状態によってサービスの変更を求められる現実を鑑み、社会の支援構造や機関の支援構造の課題を認識して取り組む。</li> <li>・ 既存の支援機関や社会資源以外の可能性にも目を向け、本人の<b>エンパワメント</b>に着目した<b>生活の質の向上 (well-being)</b>につながる支援を目指す。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所属機関が提供するサービス以外の支援を必要とする人やその家族</li> <li>・ 他機関のサービス利用を希望し、その利用にあたって支援を求めている人</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b>	<b>レベル⑤：地域</b>	<b>レベル⑥：社会</b>
	他機関のサービス利用に関する相談支援や紹介及び連携のあり方などの評価を行い、必要なシステムを所属機関に提案・開発する。	適切な支援につながり支援の連続性が保てるように、日頃から関係機関との連携システムを構築し、ニーズや問題にかかわる地域の組織化を図る。	今日のサービス提供システムの課題を整理・評価し、制度上の改善策を検討し提言する。
	<b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b> 他機関のサービス利用に関する適切な支援が行えるよう、知識の習得・技能の向上を図る。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の抱える問題やその思いを受けとめ、理解する。</li> <li>・ サービスを必要とするニーズや問題の状況についてアセスメントを行い、全体の状況を明らかにする。</li> </ul>		関係形成技法、面接技術 アセスメント 支援/支持（サポート/カウンセリング）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人が必要とするサービスを提供する機関や社会資源について、本人が十分に理解し選択できるよう、本人に適した方法・手順を取る。</li> <li>・ 他機関のサービスを利用する際の諸問題を調整し、円滑に他機関のサービス利用につながるよう連絡・調整を図る。</li> </ul>		情報提供 促進（ファシリテート）  つなぐ/連結（リンケージ） 仲介（ブローキング） 調整（コーディネート）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所属機関内外のサービスを併用する場合には、各種サービスが有機的に連携し、適切な支援体制を形成する。</li> <li>・ 必要なサービスに円滑かつ安心してつながるよう、地域の関係機関との連携システムを構築する。</li> </ul>		ケアマネジメント  権利擁護/代弁（アドボカシー）	
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 紹介サービスにかかわる法制度の知識：障害者総合支援法、介護保険法、児童福祉法など</li> <li>・ 紹介するサービス内容にかかわる知識：サービス提供機関の情報、地域の社会資源情報</li> </ul>		

業務名	3. 受診/受療に関する支援		
定義	心身の変調と受診/受療上の問題を抱えている人に対して、問題を解決、調整し、必要な医療が受けられるように支援する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診・受療に伴う本人の不安や戸惑いを受けとめ、本人が安心して必要な医療を受けられるように働きかける。</li> <li>・受診・受療の必要性や緊急性及び受療形態などについて、医学的知見を確認するとともに<b>人と状況の全体関連性</b>を踏まえた状況把握を行う。</li> <li>・本人の状態にかかわらず、本人が必要とする医療について理解し了解できる方法で説明し、本人の<b>自己決定を最大限に尊重し、権利擁護</b>を図る。</li> <li>・本人が主体的に必要な医療やサービスを利用できるよう、<b>主体性の獲得や生活の質・生活機能の向上 (well-being)</b>につながる支援を行う。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> ・心身の変調があり、受診や受療上の問題を抱えている人とその家族 ・受診や受療について、支援を必要としている人		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b> 所属機関における権利擁護の意識を高め、受診・受療とその支援にかかわるサービスを評価し、必要なシステムを提案・開発する。	<b>レベル⑤：地域</b> 受診・受療の相談支援について、住民に情報を発信する。ひきこもりやうつなど、精神疾患や精神保健にかかわる問題の予防や地域組織化を行う。	<b>レベル⑥：社会</b> サービスの制度的・施策的課題に対する整備を行う。受診・受療の支援、精神保健福祉対策、対応機関の整備など、制度や施策を評価し、改善策を検討し提言する。
	<b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b> 受診・受療の問題に対する適切な情報や支援が行えるよう、知識の習得・技能の向上を図り、医療機関においてはチームの一員として、医療サービスの質の向上にも寄与する。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の抱えている疾病や現症、受診・受療に関する不安や訴えを受けとめ、理解する。</li> <li>・疾病や現症、現病歴、生活の状況を把握し、疾病の理解や受容、家族、経済等の問題、対処能力など、受診・受療を困難にしている問題や全体の状況についてアセスメントを行う。</li> </ul>		<b>主な機能・技術</b> 関係形成技法、面接技術 支援/支持（サポート/カウンセリング） アセスメント
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の受診・受療の意向と所属機関の機能とを照合し、本人に必要な医療が受けられるよう支援する。</li> <li>・受診・受療の支援については、本人がその内容を十分に理解し了解する方法・手順を取って説明し、所属機関で対応困難な問題は他機関と連携して問題解決を図る。</li> <li>・受診可能な医療機関の情報を提供し、必要な連絡調整を行う。所属の医療機関では受診、入院の調整を行う。</li> </ul>		促進（ファシリテート） 情報提供 教育（エデュケーション） 計画策定（プランニング） 調整（コーディネート） 連携/協働（ネットワーキング/コラボレーション） 権利擁護/代弁（アドボカシー） 危機介入（クライシスインターベンション）
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療にかかわる法制度：精神保健福祉法（精神科入院制度、精神保健福祉相談）、精神科救急医療制度、医療観察法、障害者総合支援法（自立支援医療）など</li> <li>・医療内容にかかわる知識：精神医学、各種治療法・リハビリに関する知識など</li> <li>・Y問題が提起した精神保健福祉士の加害者性にかかわる認識・理解</li> </ul>		

業務名	4. 所属機関のサービス利用に伴う問題調整		
定義	所属機関のサービス利用に伴う心理社会的問題を調整し、本人が安心して必要なサービスを利用し、ニーズが充足できるように支援する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス利用に伴って生じる心理社会的問題は、本人のニーズと実際に受けているサービスとの不具合、支援者や他の利用者との関係、関連する生活上の問題など多岐にわたっており、<b>人と状況の全体関連性</b>から理解する。</li> <li>サービス利用におけるニーズの<b>個別化</b>を重視し、本人の持つ<b>力（ストレングス）</b>に注目して本人が所属機関のサービスを有効に活用できるよう<b>エンパワメント</b>する。</li> <li>本人のニーズに応じて支援計画や支援内容を再評価し、<b>本人の意思と自己決定を尊重し、主体性の獲得や生活の質の向上（well-being）</b>につながる支援を目指す。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>所属機関のサービスを利用している人とその家族</li> <li>所属機関のサービス利用に伴う問題や葛藤を抱えている人</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b>	<b>レベル⑤：地域</b>	<b>レベル⑥：社会</b>
	所属機関の提供サービスとその利用支援に関する評価を行い、必要なシステムを所属機関に提案・開発する。	サービス利用に伴う不安や葛藤が地域の支援体制の不備や周囲の無理解にある場合は、その改善に取り組む。	サービス利用に関する制度的、施策的課題に対する整備。制度/施策を評価し、制度上の改善策を検討し提言する。
	<b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b> サービスの質の向上や適切な情報提供、利用支援、知識等の習得・技能の向上を図る。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス利用に伴う本人の訴えや思いを受けとめ、理解する。</li> <li>サービス利用に伴う心理社会的問題について、包括的な視点からアセスメントを行い、状況を理解する。</li> <li>本人の訴えや希望に基づき、支援内容をモニタリングし、対人関係や環境の調整、サービス内容の改善などによって、本人が安心してサービスが利用できるように支援する。</li> <li>入所機関では終了後の支援体制を見据えた環境調整、通所機関では再アセスメントによる支援計画の見直しなど、本人のニーズの変化に応じた支援を行う。</li> </ul>		関係形成技法、面接技術 支援/支持（サポート/カウンセリング） アセスメント  モニタリング 調整（コーディネート） 促進（ファシリテート） 再アセスメント 連携/協働（ネットワークング/コラボレーション）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>終了期には目標達成の評価、残された課題、終了後の支援体制などについて整理し、次の支援計画に引き継ぐ。</li> </ul>		評価（エバリュエーション）
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>問題解決アプローチ、課題中心アプローチの実践理論</li> <li>サービスの内容に関する知識：家族療法・心理教育・集団療法などの各種療法、サービス提供機関の情報など</li> <li>サービス利用を困難にしている問題の改善に向けて活用する諸制度に関する知識：具体的課題（経済的問題など）については該当する業務名を参照</li> </ul>		

業務名	5. 療養に伴う問題調整		
定義	入院、外来を問わず療養に伴って生じる心理社会的問題を調整し、必要な医療を受けながら、安心して生活が送れるように支援する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養に伴って生じる心理社会的問題は、疾患や治療に対する心配や療養環境、医療スタッフや他の受療者との関係性、医療費や生活費の問題などが相互に関連していることを踏まえ、<b>人と状況の全体関連</b>の視点から理解する。</li> <li>本人を「病者」としてではなく「生活者」として捉え、<b>本人の意向を尊重し、生活の質の向上 (well-being)</b>を目指す。</li> <li>本人が自分の疾病や治療について見通しをもって理解し、<b>主体的に回復</b>に向けて取り組めるよう支援し、<b>エンパワメント</b>を促進する。</li> <li>本人の病状にかかわらず、本人の意思を最大限に尊重し、<b>権利擁護</b>に基づく問題解決及び支援を行う。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> ・療養のために入院や通院をしている人とその家族 ・療養に伴う不安や生活上の問題を抱えている人		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b> 医療機関において「生活モデル」の視点を醸成し、権利擁護の意識を高める。本人が安心して医療サービスを受けられるように他職種と連携し、必要な支援システムを提案・開発する。	<b>レベル⑤：地域</b> 療養に伴う不安や生活上の問題が地域の支援体制の不備や周囲の無理解にある場合は、その改善に取り組む。	<b>レベル⑥：社会</b> 療養中の問題やその解決に関する制度/施策を評価し、制度上の改善策を検討し提言する。
	<b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b> 疾病や治療に関する基礎知識を持ち、それらが本人の生活とどのように関連するのかを理解する力を養う。本人の心理社会的問題の解決に向けて他職種と連携する技能の習得と向上を図る。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>療養に伴う不安や心理社会的問題に関する本人の訴えを傾聴し、受けとめ、理解する。</li> <li>療養に伴う心理社会的問題について、包括的な視点からアセスメントを行い、状況を把握する。</li> </ul>		<b>主な機能・技術</b> 関係形成技法、面接技術 アセスメント
	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人が自分の疾病や必要な治療について理解し、回復に向けて見通しをもって取り組めるよう、本人及び医療関係者に働きかける。</li> <li>適宜、本人のニーズや療養環境のモニタリングを行い、必要な医療サービスを受けながら、安心して生活できるように支援する。</li> </ul>		支援/支持 (サポート/カウンセリング) モニタリング 促進 (ファシリテート)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>療養上の環境調整及び医療スタッフや関係者との関係調整を行い、問題の改善・解決に取り組む。</li> <li>他科・他の医療機関のサービスが必要な場合は、適切な医療サービスにつながるよう支援する。</li> </ul>		調整 (コーディネート) 連携/協働 (ネットワーキング/コラボレーション) 情報提供
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>チームアプローチに関する理論と知識</li> <li>療養の内容に関する知識：リハビリテーションプログラム、家族療法・心理教育・集団療法などの各種療法、他の医療機関のサービス内容の情報など</li> <li>療養にかかわる個別の課題については該当する業務名を参照</li> </ul>		

業務名	6. 退院/退所支援		
定義	病院/施設から本人が望む場所へ退院/退所し、その人らしい暮らしを実現するために支援する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会的入院や本人の希望以外の社会的な理由による施設入所の長期化を、精神保健福祉の歴史の変遷との関係で理解する <b>(人と状況の全体関連性)</b>。</li> <li>・単に退院/退所を目標とするのではなく、<b>個別化</b>を重視し、<b>本人の希望に基づいた暮らし (well-being)</b> がその後に展開できるように支援する。</li> <li>・<b>人と環境の相互作用</b>を重視し、病院、施設の内外からの働きかけにより本人の退院/退所支援をその後の生活支援との連続性の中で捉える。</li> <li>・調整機能を用い、本人の求めに応じた過不足ない支援を提供する。</li> <li>・退院/退所支援を通じて明らかになった支援課題を地域の共通課題として捉え直し、社会資源の創出につなげる。</li> </ul>		
主軸レベル	<p><b>レベル①：個人／レベル②：集団</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院や施設に入院/入所中であり、そこから退所して暮らすことを望んでいる人とその家族</li> <li>・入院/入所の長期化などにより、現在は生活を変える希望を表出していないが、潜在的には退院/退所希望がある人、または表現しないが退院/退所を希望している人</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b>	<b>レベル⑤：地域</b>	<b>レベル⑥：社会</b>
	入院/入所を継続させている要因を所属機関の支援方針や体制のあり様に見出し、その改善を図る。	退院/退所して地域での生活を望む人々が暮らしやすい地域になるよう、住民の普及啓発や社会資源の開発を行う。	精神保健福祉の歴史的経緯を踏まえ、退院/退所の阻害要因となる制度施策の不備について、改善策を検討し提言する。
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院/施設の特徴を踏まえ、入院/入所継続の必要性の有無を判断し、退院/退所を促進する。</li> <li>・退院/退所に向けて本人の意欲喚起や意思確認のための働きかけを行う。</li> <li>・本人の望む暮らしを理解し、その実現のために必要な個別支援計画を立案する。</li> <li>・他機関/他職種と連携し、退院/退所に向けた支援の実施と、その後の地域生活の安定のために必要な支援体制の構築をする。</li> <li>・本人の家族関係を調整し、情報提供や家族教育により家族の不安を除去する。また、必要な援助が得られるように働きかける。</li> <li>・個別支援の課題をもとに、社会資源の創出を行う。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>発見/確認 (アセスメント)</li> <li>促進 (ファシリテート)</li> <li>関係形成技法、支援/支持 (サポート/カウンセリング)</li> <li>プランニング</li> <li>連携/協働 (ネットワーキング/コラボレーション)、仲介 (ブローキング)、つなぐ/連結 (リンケージ)</li> <li>ケアマネジメント</li> <li>支援/支持 (サポート/カウンセリング)</li> <li>情報提供</li> <li>教育 (エデュケーション)</li> <li>資源開発/開拓</li> </ul>
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神保健福祉法の知識：退院後生活環境相談員、退院支援会議、精神医療審査会</li> <li>・地域生活支援に関する諸制度の知識：障害者総合支援法 (相談支援事業)、生活保護法、障害年金、障害者手帳制度 (税金控除等)、日常生活自立支援事業、成年後見制度</li> </ul>		

業務名	7. 経済的問題解決の支援		
定義	生活費や医療・福祉サービス利用費または財産管理等の経済的問題の調整を通して、本人が安心して主体的に生活を営めるよう支援する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・単に経済的問題の解決を図るのみならず、その結果が本人の<b>主体性の獲得</b>や<b>生活の質の向上 (well-being)</b>につながることを目指す。</li> <li>・経済的問題を個人の問題に帰するのではなく<b>人と環境の相互作用</b>の視点から捉える。</li> <li>・経済的問題に対する<b>個別性を重視</b>し、本人にとっての問題の特性やそのニーズを理解する。</li> <li>・経済的または財産上の問題における本人の<b>権利擁護</b>を行う。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活費や医療・福祉サービス利用費等の問題を抱えている人や家族</li> <li>・生活基盤の安定のために、年金、公的扶助、所得保障、手帳制度等の諸サービスを必要とする人</li> <li>・財産の管理や保護に支援を必要とする人</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b> 所属機関の権利擁護の意識を高め、経済的問題調整にかかわる組織内のサービス内容を評価し、必要なシステムを組織に提案・開発する。	<b>レベル⑤：地域</b> 諸制度に対する人々の理解を促進するとともに、経済的問題にかかわる地域の資源を開拓・改善し、組織化を図る。	<b>レベル⑥：社会</b> 経済的問題に対応する制度/施策を評価し、制度上の不備について改善策を検討し提言する。
	<b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b> 権利擁護の視点を持ち、経済的問題に対する適切な情報提供やサービス提供ができるよう常に知識の習得・向上を図る。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経済的問題を踏まえて本人のおかれている生活状況を把握し、本人の経験している困難さを受けとめ、理解する。</li> <li>・本人の望む生活を共有し、それを実現するために必要な経済的問題解決の方策を本人と共に検討する。</li> <li>・経済的問題の解決/改善のための資源を、本人が知り活用できるように支援する。</li> <li>・経済的問題の解決/改善に向けて本人のニーズと諸サービスを結びつけ、必要な資源開拓を図る。</li> </ul>		関係形成技法 面接技術 アセスメント 支援/支持（サポート/カウンセリング） 促進（ファシリテート）
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経済的問題に対する本人の権利を保障する。</li> <li>・財産上の問題について本人の利益とプライバシーを保障する。</li> </ul>		情報提供 教育（エデュケーション） つなぐ/連結（リンケージ） 調整（コーディネート） 権利擁護/代弁（アドボカシー）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・権利擁護（アドボカシー）に関する理論、エンパワメント・アプローチ</li> <li>・経済的保障の諸制度に関する知識：生活保護法、障害年金、各種手当、雇用保険（失業等給付、傷病手当）、障害者手帳制度（税金控除等）、医療保険制度（高額療養費、傷病手当金）、自立支援医療、など</li> <li>・財産の保護や日常的な金銭管理を支援する制度に関する知識：成年後見制度、日常生活自立支援事業など</li> </ul>		

業務名	8. 居住支援		
定義	住居及び生活の場の確保や居住の継続に関して、本人の希望を尊重しながら支援することを通して、障害や疾病があっても健康で文化的な暮らしを実現する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 住み慣れた地域に住み続ける<b>権利を保障</b>するとともに、どこで誰と暮らすかという「居住の自由」が<b>基本的人権</b>であることを念頭におき、<b>本人の意思を尊重</b>する。</li> <li>・ 居住環境が人の暮らしや心身の状況に大きく影響することを踏まえ、居住支援を<b>人と環境の相互作用</b>の視点から捉える。</li> <li>・ 単に既存資源を当てはめるのではなく、<b>個別性を重視し、生活の質の向上 (well-being)</b>を図る。</li> <li>・ 地域で安心して暮らせるように周囲の理解を促進する (<b>ソーシャルインクルージョン</b>)。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院中で退院後の戻る住居がない人や元の住居先に戻ることに問題を抱えている人</li> <li>・ 地域生活を継続していくうえで、居住環境や生活技術の問題から困難を抱えているため、人的支援及び社会的な諸サービスを必要とする人</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b>	<b>レベル⑤：地域</b>	<b>レベル⑥：社会</b>
	居住支援の必要性に関する組織内の意識を高め、具体的な居住支援を精神保健福祉士の業務として位置づけていく。	居住支援制度に関する情報発信。居住にかかわる地域の支援体制の構築及び居住資源の開発に参画する。	居住に関連する制度/施策を評価し、制度上の不備について改善策を検討し提言する。
	<b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b>		
	居住支援に対する適切な情報提供やサービス提供ができるよう常に知識の習得・向上を図る。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人のおかれている生活状況を把握し、本人の経験している困難さを受けとめ、理解する。</li> <li>・ 本人の望む生活を共有し、それを実現するために必要な住居の確保や居住環境の調整について本人と共に検討する。</li> <li>・ 何があれば居住が可能かという視点で支援計画を立てる。</li> </ul>		関係形成技法 面接技術 アセスメント 支援/支持（サポート/カウンセリング） 促進（ファシリテート）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居住に関連する制度やサービス利用に関して、本人が十分にその内容を理解できるよう、その人に合った方法・手順を取る。</li> <li>・ 居住関連問題の解決/改善に向けたサービスの向上及び改善に取り組む。</li> </ul>		情報提供 教育（エデュケーション） 調整（コーディネート）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居住に関する本人の権利を保障する。</li> <li>・ 不動産業者との日常的な関係づくりなど、地域の中でのネットワークづくりを行う。</li> <li>・ 生活の場が入所施設などであっても、限りなく本人の希望を尊重した環境となるよう施設職員や入所者との関係調整に関与する。</li> </ul>		権利擁護/代弁（アドボカシー） 連携/協働（ネットワーキング/コラボレーション）	
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居住支援制度に関する知識：障害者総合支援法上の共同生活援助・地域定着支援・地域移行支援事業・居住サポート事業等、公営住宅法、高齢者住宅財団の家賃債務保証制度、住宅セーフティネット法に基づく居住支援協議会の活動を通じた支援、生活保護法上の住宅扶助、都道府県社会福祉協議会の生活福祉資金貸付制度など</li> </ul>		

業務名	9. 就労に関する支援		
定義	本人の就労ニーズを尊重しその力を引き出すとともに、就労環境の調整を通して、主体的に社会活動・経済活動に参加できるよう支援する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人を「社会を構成する一員」として捉え、就労支援を通してノーマライゼーションやソーシャルインクルージョンの理念を具体的に志向する。</li> <li>・ 就労ニーズの個別性を重視し、本人の働くことへの思いや希望を理解し尊重する。</li> <li>・ 本人の持つ力（ストレングス）を最大限に生かし、本人が就労支援に関する諸サービスを主体的に活用し、自身の希望に沿って取り組めるように支援する。</li> <li>・ 既存のサービスを適用するだけでなく、本人のニーズに沿って支援方法を工夫・検討し、新たな資源開発にも取り組む。</li> <li>・ 本人への働きかけだけでなく、就労環境の調整や周囲の理解を促進する。</li> <li>・ 本人が病気とうまくつきあい、自分に合った働き方を探せるように支援する。</li> </ul>		
主軸レベル	<p><b>レベル①：個人／レベル②：集団</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 就労（福祉的就労・企業等への就労）を希望し、就労に関する知識や技術の習得を通して、就労準備に取り組もうとする人</li> <li>・ 就労支援に関する各種事業サービスを利用している人</li> <li>・ 生産活動などを通して、社会参加や活動の幅を広げることを希望する人</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b>	<b>レベル⑤：地域</b>	<b>レベル⑥：社会</b>
	組織内の就労支援にかかわるサービス内容を評価し、必要なシステムを組織に提案・開発する。	就労支援サービスに関する情報発信及び就労支援に関する地域の資源開発や組織化を図る。	就労支援に関する制度/施策を評価し、制度上の不備について改善策を提言する。
	<p><b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b></p> <p>本人に合った支援ができるよう、就労支援の諸制度や効果的な支援方法について常に知識・技術の習得・向上を図る。</p>		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の就労に対する希望や不安を受けとめ、本人を取り巻く環境や生活状況を把握する。</li> <li>・ 本人の就労ニーズを共有し、それを実現するための具体的方法や手順を本人と共に検討する。</li> </ul>		関係形成技法 面接技術 アセスメント
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 就労に関する各種サービスや法制度について本人が知り活用できるように支援する。</li> <li>・ 就労支援事業等の利用に際して、事業内活動と本人の希望との連続性を重視し、本人の希望に沿って主体的に取り組めるよう支援する。</li> </ul>		情報提供 教育（エデュケーション） 支援/支持（サポート/カウンセリング） 促進（ファシリテート）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人のニーズに応じて関係機関と連携を図り、組織内外で新たな資源を開発する。</li> <li>・ 就労環境の調整を図り周囲の理解を促進する。</li> </ul>		調整（コーディネート）、連携/協働（ネットワーク/コラボレーション） 資源開発/開拓 権利擁護（アドボカシー）	
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国際労働機関（ILO）におけるディーセント・ワーク（働きがいのある人間らしい仕事）の概念理解</li> <li>・ 職業リハビリテーションの概念と実践理論</li> <li>・ 就労支援及び雇用促進に関する制度・サービスの概要と課題に関する知識</li> <li>・ 障害者総合支援法における就労支援事業、障害者雇用促進法における雇用促進施策及び職業相談・訓練・紹介、その他自治体独自の就労支援事業に関する知識</li> </ul>		

業務名	10. 雇用における問題解決の支援		
定義	雇用上の問題解決及び本人の職業上の自己実現を支援するとともに、精神疾患や障害のある労働者への合理的配慮を雇用主に提案、調整し雇用の安定を図る。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>人々の職業を通じた<b>自己実現を支援</b>し、また雇用者に精神疾患や障害のある人への<b>合理的配慮</b>を求める。</li> <li>雇用問題が、経済的困窮などの生活問題に波及することを理解し、<b>人と状況の全体関連性</b>の中で捉える。</li> <li>雇用主や上司・同僚への働きかけを通じ精神疾患や障害への理解を促進する（<b>ソーシャルインクルージョン</b>）。</li> <li>雇用に関する制度施策の不備への提言を行う視点を持つ。</li> <li>雇用者の不当な対応への、本人の<b>権利擁護</b>のための活動を行う。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>精神疾患や障害のために、雇用の継続に不安や困難を抱える人</li> <li>雇用上の問題を抱え、あるいはその他の生活課題によって雇用を継続させるために精神科医療や保健福祉サービスを活用することが必要な人</li> <li>精神疾患や障害のある人の雇用者や、上司の立場にある人</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b> 組織及び雇用主の無理解や不備等により精神疾患や障害のある労働者が不利益を被ることがないように、雇用環境の整備を求め、普及啓発を行う。	<b>レベル⑤：地域</b> 差別の解消や合理的配慮に関する人々の理解を促進し、雇用を求める人のニーズに応える資源創出の働きかけを行う。	<b>レベル⑥：社会</b> 精神疾患や障害のある人の雇用問題に対応する制度/施策を評価し、不備の改善のために政策提言する。
	<b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b> 雇用上の問題に対する適切な情報提供や支援ができるよう関連制度諸施策に精通し、知識/技術の向上を図る。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人にとっての労働の意義を理解し、雇用継続上に生じる問題解決の方策を本人と共に検討する。</li> <li>精神疾患の可能性のある方への受診受療に関する援助。</li> <li>雇用上の問題解決/改善のための施策を、本人が知り活用できるように支援する。</li> <li>職場における支援者と連携して本人の働き方の工夫を促進し、雇用の継続を側面的に支援する。</li> <li>雇用の継続のため、職場や上司に対して精神疾患や障害に対する教育/情報提供を行い、雇用環境の改善を求める。</li> </ul>		発見/確認（アセスメント） 危機介入/危機対応、支援/支持（サポート/カウンセリング）、つなぐ/連結（リンクージ） 情報提供 教育（エデュケーション）、調整（コーディネート）、連携/協働（ネットワーク/コラボレーション） 促進（ファシリテート） 協議/交渉（ネゴシエーション） コンサルテーション 啓発（イニシエイト）
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>精神疾患や障害の原因が職場にある場合、問題解決のための提言や、本人への求償を支援する。</li> </ul>		変革（イノベーション） 権利擁護/代弁（アドボカシー）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>障害者の権利条約（国連）における差別の定義と合理的配慮に関する知識</li> <li>雇用/労働関連法の知識：労働安全衛生法、障害者雇用促進法、雇用保険制度</li> <li>就労支援に関する社会資源に関する知識：リワーク支援、EAP、ジョブコーチ制度、トライアル雇用制度、ステップアップ雇用、職場適応訓練、就労移行支援事業、職業カウンセリング、職業適性検査など</li> </ul>		

業務名	11. 教育問題調整		
定義	就学/復学に関する本人のニーズを尊重し、本人が主体的に進路を決定し、その定着を支援する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人々の就学/復学を通じた<b>自己実現</b>を支援し、教育機関に精神疾患や障害のある人への<b>合理的配慮</b>を求める。</li> <li>・本人の希望や意向を尊重し、本人の進路決定や学ぶ機会を保障する（<b>権利擁護</b>）。</li> <li>・就学/復学に関する問題を、人と環境の相互作用の視点から捉え、就学環境の調整や教育機関への理解を促進する（<b>ソーシャルインクルージョン</b>）。</li> <li>・就学に関するサービスや情報を提供し、<b>主体的な選択・決定</b>を通して本人の持つ力を最大限に発揮できるよう支援する（<b>エンパワメント</b>）。</li> </ul>		
主軸レベル	<p><b>レベル①：個人／レベル②：集団</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・進学や学校復帰を希望しており、就学/復学に関する情報提供やサービスの利用を望んでいる人</li> <li>・就学/復学に関する問題を抱える人や家族</li> <li>・就学/復学を通して、自己実現を目指している人</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<p><b>レベル④：所属機関</b></p> <p>所属機関及び教育機関における就学/復学に関する意識を高め、就学支援にかかわるサービス内容を評価して、必要なシステムを構築する。</p>	<p><b>レベル⑤：地域</b></p> <p>就学/復学支援にかかわる関係機関や関係団体との連携を強化し、地域の社会資源開拓とネットワーク化を図る。就学/復学支援を必要とする人への社会的理解を促進する。</p>	<p><b>レベル⑥：社会</b></p> <p>就学/復学に関する制度・施策を評価し、それらに不備がある場合は改善策を提言する。</p>
	<p><b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b></p> <p>本人の希望や意向を踏まえながら、進学や社会参加が実現できるように就学（復学）支援に関する知識・技術の習得及びその向上を図る。</p>		
業務内容と主な機能・技術	<p><b>業務内容</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の就学/復学に対する希望や不安を受けとめる。</li> <li>・就学/復学にあたって、本人の学力や意欲を把握するとともに、支援体制や就学環境を踏まえた包括的な状況把握を行う。</li> <li>・本人の持つ力を最大限発揮できるよう働きかける。</li> </ul>	<p><b>主な機能・技術</b></p> <p>関係形成技法 支援/支持（サポート/カウンセリング） アセスメント 促進（ファシリテート）</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就学/復学に関する情報や諸サービスについて、本人が十分にその内容を理解し選択できるよう、その人に合った方法・手順を取って進める。</li> <li>・本人の希望や意向を尊重しながら、進学や社会参加に向けた支援計画の策定を行う。</li> <li>・就学/復学に向けて教育機関及び関係機関と調整を図り、支援体制を構築する。</li> </ul>	<p>情報提供 教育（エデュケーション） 権利擁護/代弁（アドボカシー）</p> <p>調整（コーディネート）、連携/協働（ネットワークング/コラボレーション）、啓発（インシエイト）</p>	
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・エンパワメント・アプローチ、ストレングス・アプローチなどの実践理論</li> <li>・教育基本法、学校教育法、児童福祉法、発達障害者支援法等の関係法規の理解</li> <li>・学校教育に関する基礎知識：特別支援教育、教育指導要領、学級運営、教育相談・生徒指導</li> <li>・家族関係・子どもの発達に関する知識：不登校、ひきこもり、非行、暴力、発達（発育）、貧困、虐待など</li> </ul>		

業務名	12. 家族関係の問題調整		
定義	本人と家族の間で生じる問題や葛藤に対して、問題の整理と調整を行い、家族の力動やストレングスを活用した問題の改善・解決を図る。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族の<b>個別化</b>を重視し、それぞれの家族の歴史や価値観、関係性を尊重する。</li> <li>・ 問題を本人あるいは家族に帰するのではなく、<b>人と環境の相互作用</b>から捉え、双方の不一致に対する解決策を見出す。</li> <li>・ 本人・家族が持つ<b>力（ストレングス）</b>に注目し、それぞれが主体的に問題解決に取り組むことを志向する。</li> <li>・ 家族メンバー間あるいは家族全体で共有する希望や意向を見出し、本人が安心して家族との関係を営み、<b>生活の質の向上（well-being）</b>を目指す。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族との関係において葛藤や問題に直面し、生きづらさを抱えている人</li> <li>・ 本人のニーズと家族のニーズとが拮抗し、その調整と支援を必要とする人や家族</li> <li>・ 問題解決に向けて家族の支援や協力を必要としている人</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b> 家族関係や家族問題に関する知識や理解を高め、その支援にかかわるサービス内容を評価し、支援機能を強化する。	<b>レベル⑤：地域</b> 家族が安心して本人のニーズを応援し、家族の機能や力を促進できるよう地域支援のネットワーク化を図る。	<b>レベル⑥：社会</b> 家族に過度な負担が生じている場合は、その背景となる施策の不備を認識し、改善策を提言する。
	<b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b> 家族及び家族関係に関する知識と理解を深め、本人が抱える家族問題に対する支援方法の知識・技術の習得及び向上を図る。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人が感じている家族問題と家族への思いを受けとめ、理解する。</li> <li>・ 家族の固有性や家族関係について家族を取り巻く環境を含めて理解し、本人・家族の不一致がどのように生じているのか把握する。</li> <li>・ 必要に応じて、家族に対して疾病・障害及び利用できるサービス・資源について情報提供を行い、理解を促進する。</li> <li>・ 問題解決に向けて、本人・家族と協働して解決策を検討し、本人・家族が担う役割を設定する。</li> <li>・ 問題解決に向けた本人・家族の取り組みを支援し、促進し、必要な調整を図る。</li> </ul>		関係形成技法  アセスメント  情報提供 教育（エデュケーション） 権利擁護/代弁（アドボカシー） 支援/支持（サポート/カウンセリング） 促進（ファシリテート） 調整（コーディネート）
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族・家族関係に関する知識：家族関係論、家族力動論、家族システム論、家族の機能や構造に関する理論、ライフサイクル、家族の発達課題に関する理論</li> <li>・ グループワークや家族療法などの実践理論</li> <li>・ 家族アセスメントの技法に関する知識、ジェノグラムやファミリーマップなど家族関係を示すツールの活用</li> </ul>		

業務名	13. 対人関係/社会関係の問題調整		
定義	本人と周囲の人々との間で生じる問題や葛藤に対して、問題の整理と調整を図り、本人が対人関係/社会関係において安心して生活することを支援する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題を個人に帰するのではなく、<b>人と環境の相互作用</b>における不一致と捉え、その不一致を改善する解決策を見出す。</li> <li>・本人が様々な人間関係における問題解決の力を養い（<b>エンパワメント</b>）、社会の一員として自分らしい生活を営むことを支援する。</li> <li>・本人の地域で暮らす<b>権利を擁護</b>し、周囲の理解促進に取り組むとともに、地域におけるソーシャルサポートネットワークを推進する。</li> <li>・障害の有無にかかわらず共に生きる<b>共生社会の実現（ソーシャルインクルージョン）</b>を目指す。</li> </ul>		
主軸レベル	<p><b>レベル①：個人／レベル②：集団</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・周囲の人々（近隣住民、友人、所属する集団の人々など）との関係において葛藤や問題に直面し困難を抱えている人</li> <li>・病気や障害に対する周囲の偏見から「生活のしづらさ」を経験している人</li> <li>・対人関係や社会関係から疎外され、孤独を感じている人</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b>	<b>レベル⑤：地域</b>	<b>レベル⑥：社会</b>
	所属機関で問題を共有し解決に向けて協働する。本人の対人/社会関係の向上を目指したサービスを促進する。	地域における精神保健福祉の課題を住民と共有する。精神障害に対するスティグマを克服するための啓発活動を推進する。	精神障害/障害に対する理解促進及び社会参加の促進に向けた施策の検討・提言を行う。
	<p><b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b></p> <p>権利擁護の意識を高め、人と社会にかかわる知識の習得及び葛藤や問題の解決に向けた調整機能の向上を目指す。</p>		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人が経験している対人/社会関係上の問題と本人の思い（主観的認識）を理解し受けとめる。</li> <li>・本人と周囲の人々の中で生じている問題（不一致）について客観的事実も踏まえて把握する。</li> </ul>		関係形成技法 面接技術 アセスメント
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人と共に問題の特性を確認し、見通しをもって問題を捉え、解決に向けた方策を検討する。</li> <li>・本人が主体的に問題解決に取り組めるよう、対人/社会関係における技能の獲得を支援する。</li> </ul>		支援/支持（サポート/カウンセリング） 教育（エデュケーション）
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・近隣住民や周囲の人々の偏見に対して理解を促進し、地域で暮らす本人の権利を擁護する。</li> <li>・本人が孤立しないよう、地域における社会関係の促進や新たな支援者を開拓する。</li> <li>・住民が地域の精神保健福祉の課題として取り組み、誰もが安心して暮らせる地域づくりを促進する。</li> </ul>		権利擁護/代弁（アドボカシー） 調整（コーディネート） 調停（メディエイト） 協議/交渉（ネゴシエーション） 媒介/交流促進
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題解決アプローチ、ソーシャルサポートネットワークの実践理論</li> <li>・権利擁護に関する理論と知識、障害者権利条約の概要と合理的配慮の概念理解</li> <li>・SST（社会生活技能訓練、問題解決技能訓練）などの実践モデル</li> <li>・地域課題に取り組む地域の資源（例：地域における協議会や各種連絡会/委員会等）の概要と活用法に関する知識</li> </ul>		

業務名	14. 生活基盤の形成支援		
定義	衣・食・住・心身の保全・移動・金銭管理などの日常生活の基盤形成を促進し、安心・安定した地域生活が送れるよう必要即応の支援を行う。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活の連続性を保障し、既存のサービスの漏れや狭間に留意し、過不足ない支援を提供する。</li> <li><b>地域で暮らす権利を保障（権利擁護）</b>し、何があれば入院/入所に頼らず安定した日常生活を送れるかという視点を持つ。</li> <li><b>ストレングス</b>の視点を常に意識し、過度な支援によって本人の力を奪っていないかということに細心の注意を払う。</li> <li>生活技術の保持や獲得に関する働きかけにおいて、本人の<b>主体性と自己決定</b>を尊重し、望まない訓練の強要になっていないかを絶えず点検する。</li> <li>「代理行為」は一時的・限定的なものとし、あくまでも本人の生活が安定し、豊かなものとなる（<b>well-being</b>）ための導入と捉える。</li> <li>様々な<b>社会的障壁</b>が「生活のしづらさ」を惹起するという視点を持ち、障壁の除去に向けた<b>ソーシャルインクルージョン</b>を志向する。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活の基盤が脆弱な状況にあり、安定した生活の維持に困難を抱えている人</li> <li>医療ニーズが高い状況にあって、病状的安定や物理的資源の確保のために第三者による一時的な支援が必要な人</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b>	<b>レベル⑤：地域</b>	<b>レベル⑥：社会</b>
	他職種や複数の支援職員がいる場合は、チームアプローチを基本とした役割分担、問題・情報の共有化を図る。	多機関・多職種連携によるネットワーク支援を基本とし、地域特有の住民サービスや相互支援の活用、新たなサービスの創出を働きかける。	生活基盤の形成のための制度/施策の不備を点検・評価し、制度上の改善策を検討し提言する。
業務内容と主な機能・技術	<b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b>		
	本人の生活圏における特有のサービス・人的資源の把握に努め、既存のサービスの枠組みに留まらず必要な直接支援を担う柔軟性と技能を持つ。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の「生活のしづらさ」やその思いを受けとめ、理解する。</li> <li>本人のADLやIADL及び生活環境等の評価を通して、生活基盤形成に必要な人的・物的サービスや支援内容を特定する。</li> <li>どのような時にどのような支援を誰が担うのかを明確化し、支援計画を立てる。</li> <li>具体的なサービスの利用・調整を行う。</li> <li>定期的に本人にとって必要なサービスの提供になっているか点検し、必要に応じて計画を修正する。</li> </ul>		関係形成技法 面接技術 アセスメント  連携/協働（ネットワーキング/コラボレーション）、調整（コーディネート） 支援/支持（サポート/カウンセリング） モニタリング
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域で活用できる障害福祉サービス・自治体が行っている生活支援事業、介護保険法上の諸サービス、住民向けサービスなどに関する知識</li> <li>コミュニティ・ワーク、危機介入に関する理論と知識</li> <li>SST（社会生活技能訓練、問題解決技能訓練）に関する知識</li> </ul>		

業務名	15. 心理情緒的支援		
定義	不安や葛藤、喜びや悲しみなど本人の様々な感情を受けとめ、目標達成のために力づける。また、本人と家族/関係者などの人間関係にかかわる。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>個別化</b>の視点に立ち、その人が日々の暮らしの中で経験する「生活のしづらさ」や様々な感情を理解する。</li> <li>・ 心理情緒的な問題が<b>人と環境の相互作用</b>において生じ、変化するという視点を持つ。</li> <li>・ 本人の<b>自己実現</b>のための目標を、共感的に理解して寄り添う。</li> <li>・ <b>ストレングス</b>の視点から本人の持つ強みや力に焦点を当て、本人が<b>主体的</b>に問題に取り組むことを支援する。</li> <li>・ 疾病や障害を抱えつつも、自分らしく希望を感じられる生活を目指す<b>リカバリー</b>を志向する。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾病や障害の受容のプロセスにおいて葛藤を抱える人</li> <li>・ 生活上の出来事やトラブルに対して何らかの心理的葛藤を抱えている人</li> <li>・ 自己実現のための目標に向けて歩む途上で生じる不安や焦燥などの感情を整理するための支援を求めている人</li> <li>・ 対人関係改善のためのトレーニングを希望している個人/集団</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b>	<b>レベル⑤：地域</b>	<b>レベル⑥：社会</b>
	本人の心理的葛藤の原因が組織や地域社会にあると評価した際は、守秘義務に留意しつつ、その改善に向けた取り組みとして普及啓発や教育、政策提言などを行う。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 相談面接により、本人の様々な感情の言語化を促進し、気持ちを理解して受けとめる。</li> <li>・ 本人の疾病や障害の受容を支援する。</li> <li>・ 本人の停滞した行動/活動の再開を促進し、目標に向けた取り組みができるよう支援する。</li> </ul>		関係形成技法 面接技術 アセスメント 支援/支持（サポート/カウンセリング）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 問題の解決/改善のために必要な医療や保健福祉サービスに関する知識や情報を提供し、本人が理解して活用できるように支援する。</li> <li>・ 集団を用いて心理的葛藤の解決のためのトレーニングを行う。</li> </ul>		情報提供 教育（エデュケーション） 促進（ファシリテート） 媒介/交流促進 グループワーク
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の心理的葛藤の内容についてプライバシーを保障しつつ、人間関係の調整、仲介を図る。</li> </ul>		権利擁護/代弁（アドボカシー） 仲介（ブローキング）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神医学、精神保健学、心理学（カウンセリングの理論と方法）に関する知識</li> <li>・ 面接技法に関する知識、グループワークやSSTに関する知識</li> <li>・ ストレングス・アプローチ、リカバリー・モデルに関する理論と知識</li> </ul>		

業務名	16. 疾病/障害の理解に関する支援		
定義	本人の疾病や障害に対する思いを受けとめ、疾病や障害に関する理解を促進するとともに、疾病や障害とつき合いながらその人らしく生きることを支援する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾病や障害によって生じる葛藤や「生活のしづらさ」を人と環境の相互作用の視点から理解する。</li> <li>・ 疾病や障害に関する正しい情報を見通しを持って理解できるよう促進するとともに、本人の疾病や障害に対する認識や思いを尊重（個別化・個人の尊重）する。疾病や障害に関する理解が、本人の生活の質の向上（well-being）につながることを目的とし、本人が主体的に自分の生活を営むことを支援する（リカバリー）。</li> <li>・ 本人が疾病や障害とつき合いながら安心して生活できるよう、周囲に対する理解の促進にも努める（ソーシャルインクルージョン）。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾病や障害の理解に関して葛藤や問題に直面している人</li> <li>・ 病気や障害に対する周囲からの偏見から「生活のしづらさ」を経験している人</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b>	<b>レベル⑤：地域</b>	<b>レベル⑥：社会</b>
	疾病/障害に対する本人の理解の重要性を認識し、理解促進に向けた支援体制の構築を提案・企画する。	疾病/障害に関する周囲の理解を促進し、差別や偏見の是正を図る。	精神疾患/精神障害に対する理解の促進及び差別・偏見の是正に向けた政策提言を行う。
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の不安や葛藤を受けとめ、疾病や障害に対する本人の認識や思いを把握する。</li> <li>・ 疾病や障害の理解と受容に伴う本人の葛藤や困難さに寄り添い、理解する。</li> </ul>		関係形成技法、面接技術 アセスメント 支援/支持（サポート/カウンセリング）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾病や障害に関して、本人が十分にかつ見通しをもって理解できるように、その人に合った方法・手順を取って情報提供する。</li> <li>・ 必要に応じて心理教育などグループを活用したアプローチを導入する。</li> </ul>		教育（エデュケーション）  グループワーク
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾病や障害の側面だけでなく、本人の力に注目し、それが最大限発揮されるように働きかける。</li> <li>・ 周囲の無理解や偏見により本人の疾病/障害の理解を困難にしている場合は、周囲の理解が得られるように支援する。</li> </ul>		促進（ファシリテート）  権利擁護/代弁（アドボカシー） 啓発（インシエイト）	
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疾病や障害の受容過程に関する理論と知識</li> <li>・ 心理教育やIMR（疾病管理とリカバリー）など疾病/障害の理解を促進するプログラムの実践方法に関する知識</li> <li>・ 差別や偏見問題に関する知識及び啓発の方法に関する知識</li> </ul>		

業務名	17. 権利行使の支援		
定義	権利侵害状況に関する点検及び勧告を行い、サービス利用に関する苦情対応などを通じて、本人の権利擁護または権利行使を支援する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 全ての人が<b>基本的人権</b>を有していることを念頭におき、判断能力に問題を抱えている人や強制入院の状態にある人も<b>権利を行使する主体</b>であることを認識する。</li> <li>・ 権利行使の制限に際して、他に方法がない場合に限定され、なおかつ最小限に留められるよう働きかける。</li> <li>・ 権利行使において、本人が活用できる法制度や社会資源の情報提供の不備は、権利侵害につながることを意識する。</li> <li>・ 法制度や社会資源の活用が、本人不在で進められていないかを常に確認する。</li> <li>・ 権利行使の支援を<b>人と環境の相互作用</b>の視点から捉え、一方の権利行使が他方の権利侵害になっていないかに留意する。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> ・ 権利行使が制限される状況または権利を行使しにくい状況におかれている人 ・ 自分の権利を行使するための支援を必要とする人		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b> 権利擁護の視点から組織内のケア体制や個別の処遇状況を点検し、改善のための提案を行い、所属機関全体の権利擁護意識を高める。機関内に意見箱の設置など本人の意見を反映させる仕組みを導入する。	<b>レベル⑤：地域</b> 権利侵害状況の是正または権利擁護のための地域の資源開発や第三者機関などの地域の体制整備に取り組む。	<b>レベル⑥：社会</b> 権利擁護に関連する法制度や施策を評価し、制度上の不備について改善策を検討し提言する。権利擁護制度の創設を推進する。
	<b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b> 精神保健医療福祉に関連する法制度や社会資源に関する適切な情報提供やサービス提供ができるよう常に知識の習得・向上を図る。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b> ・ 所属機関において漫然とした代理行為が行われていないか、法律に照らして不必要な管理や不適切な行動制限が行われていないか、利益相反関係にないかなどを常に点検する。	<b>主な機能・技術</b> 発見/確認（アセスメント） モニタリング	
	・ 本人の希望やおかれている生活状況を把握し、活用できる法制度・社会資源に関する適切な情報提供を行う。 ・ 本人の自己決定（意思決定）を支援し、適切な権利行使ができるよう支援する。	アセスメント 支援/支持（サポート/カウンセリング） 情報提供 促進（ファシリテート） 権利擁護/代弁（アドボカシー）	
	・ 機関に所属する立場での権利擁護に限界がある場合は、他機関の機能を活用し、必要であれば第三者機関につなげる。	仲介（ブローキング）、連携/協働（ネットワーク/コラボレーション） 啓発（インシエイト）	
実践上必要な理論・知識	人権にかかわる基礎知識：国際人権規約、障害者権利条約、日本国憲法など 権利擁護にかかわる法制度：障害者基本法、精神保健福祉法、医療法、障害者総合支援法、障害者差別解消法、成年後見制度、障害者虐待防止法、高齢者虐待防止法、児童虐待防止法、人権擁護委員法、DV防止法、個人情報保護法、公益通報者保護法など		

業務名	18. グループ（集団）による支援・グループワーク		
定義	共通のテーマを持つ人々の問題解決やニーズの充足を目指し、集団の力動を活用した意図的なグループ経験を通じて、個人の成長や目的の達成を支援する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループメンバーと専門的援助関係を築き、メンバー間の相互作用、プログラム、社会資源を媒体として、個人や集団のニーズの充足や目的達成を支援する。</li> <li>・グループのメンバー一人ひとりを個人として尊重し（個別化）、個別の課題やニーズに基づいて、集団を通じた支援を行う。</li> <li>・メンバーがグループの発達の過程を理解し、グループの問題解決過程への参加やより良い葛藤解決の経験ができるように支援する。</li> <li>・集団援助は、治療や教育など様々な領域で行われており、援助者は、様々な場面で集団援助技術の活用を探り、<b>個人や集団の成長</b>、問題解決につなげる視点が必要である。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・共通の課題やテーマを持つ集団、及び問題解決やニーズ充足を目的として形成された集団とその構成員</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b>	<b>レベル⑤：地域</b>	<b>レベル⑥：社会</b>
	所属機関の権利擁護の意識を高め、集団の支援にかかわる所属機関のサービス内容を評価し、必要なシステムを提案・開発する。	集団支援について住民に情報を発信し、集団や構成員のニーズを地域の諸サービスと結びつける。	集団や構成員のニーズに対応する制度/施策を評価し、制度上の不備について改善策を検討し提言する。
	<b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b> 集団と構成員に対する適切な情報提供やサービス提供のため、常に知識の習得・向上を図る。「グループワークの原則」に立ちかえり、実践を評価、改善していく。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・既存の集団または新たな集団を形成して、個人や集団の問題解決やニーズの充足、社会的機能の向上を図る。</li> <li>・準備期には、グループの問題点や目的、対象者、活動内容を明らかにして集団援助計画を作成、利用者には事前評価や個別の支援計画を作成し、参加を支援する。</li> <li>・開始期には、利用者間の交流や活動への参加を促進し、関係づくりや安全で受容的なグループの形成を図る。</li> <li>・活動期には、メンバーがグループの問題や葛藤解決の過程に参加できるようにし、目標達成に必要な集団の発達や社会資源の獲得、そのためのソーシャルアクションなどにより、個人、集団、社会の問題解決・調整を図る。</li> <li>・終了期には、個人や集団の達成した課題や残された課題を評価して今後の支援体制を築く。また必要なサービスを創出し、地域やグループの社会的機能を高める。</li> </ul>		集団の関係形成技法 （傾聴・受容・共感・観察・制限）  集団過程（グループプロセス） アセスメント 観察（オブザベーション） 所属感 同一視（アイデンティフィケーション） 相互作用（インターアクション） 参加（パティシペーション） 個別化（インディビジュアリゼーション） 支援/支持（サポート/カウンセリング） 促進（ファシリテート） グループ形成（グループング） 支援介入（インターベンション） 利用評価（エバリュエーション） 社会変革（ソーシャルアクション）
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人的行動・集団的行動に関する一般的理論</li> <li>・集団援助技術（グループワーク）の原則・過程・媒体・資源に関する理論と知識</li> <li>・集団精神療法の諸理論、グループを活用したリハビリテーションプログラムの実践理論</li> <li>・グループにかかわる社会資源：デイケア、セルフヘルプグループ、地域自治組織など</li> </ul>		

業務名	19. セルフヘルプグループ及び当事者活動への側面的支援		
定義	セルフヘルプグループ及び当事者活動などが、それぞれの力を発揮し継続的に活動展開できるよう側面的に支援する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当事者の希望や求めに応じてかかわる。</li> <li>・当事者の<b>主体性を尊重</b>し、支援者が主導していないかの点検を常に行う。</li> <li>・<b>リカバリー概念</b>の意味を深く理解し、<b>ストレングスの視点</b>を基盤として当事者とかわる。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> ・セルフヘルプグループ及びその参加者、また参加を希望する人 ・当事者活動を行っている人や集団、また活動に関心のある人		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b>	<b>レベル⑤：地域</b>	<b>レベル⑥：社会</b>
	セルフヘルプやピア活動の機能とその力に関する機関内の意識を高めるように働きかける。	セルフヘルプやピア活動の機能とその力に関する機関内の意識を高めるように働きかける。	セルフヘルプグループ及びピア活動の有効性を社会に対して提言していく。
	<b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b> セルフヘルプグループ及びピア活動に関する適切な知識を習得する。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・セルフヘルプグループ（SHG）やピア活動の参加者から運営等の支援の依頼があった際に、相談に応じる。</li> <li>・SHGやピア活動のための必要な情報提供を行う。</li> <li>・SHGやピア活動に必要な社会資源や人的資源の紹介を行う。</li> <li>・SHGやピア活動の過程において、当事者の希望に応じて必要な支援を行う。</li> <li>・SHGやピア活動の支援において、活動の主体は当事者であることを常に心がけ、段階的な支援の終結を視野に入れておく。</li> </ul>		<b>主な機能・技術</b> 支援/支持（サポート/カウンセリング） つなぐ/連結（リネージ） 仲介（ブローキング） 促進（ファシリテート）
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループワーク、セルフヘルプグループ、ピアグループ等の諸理論</li> <li>・グループ力動論、役割理論</li> <li>・集団の凝集性、所属感、われわれ意識、内集団・外集団等の社会学理論</li> <li>・個人及び集団のストレングスに関する知識</li> </ul>		

業務名	20. 家族への支援		
定義	家族を「生活者」として捉え、家族が抱える問題の整理と調整を通して、家族が安心して健康な生活を送れるよう支援する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人を含む家族成員それぞれが、自分らしい生活を営む<b>生活者</b>であることを基本に据え、<b>生活の質の向上 (well-being)</b>を目指す。</li> <li>・ 家族の<b>個別化</b>を重視し、それぞれの家族の歴史や価値観、関係性を尊重する。</li> <li>・ 家族成員それぞれがどのライフサイクルにあるのか理解し、発達段階に応じたニーズを尊重し、<b>自己実現</b>を目指す。</li> <li>・ 問題解決に向けて、家族の持つ<b>力 (ストレングス)</b>に注目し、家族が<b>主体的</b>に取り組むことを支援する。</li> <li>・ 家族の不安や葛藤の背景にある社会的差別や法制度の不備の改善を図り、<b>共生社会の実現</b>を志向する (<b>ソーシャルインクルージョン</b>)。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の疾病/障害や生活問題と向き合い、不安や葛藤を経験している家族</li> <li>・ 家族の持つ機能（生命及び生活の維持・養育・愛情など）や親・子・夫婦・兄弟姉妹などの役割機能が十分に発揮できず、支援を必要とする家族</li> <li>・ 周囲の支援や必要なサービスが得られず孤立している家族</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b>	<b>レベル⑤：地域</b>	<b>レベル⑥：社会</b>
	家族支援に対する意識を高める。家族支援にかかわるサービスを評価し、必要なシステムを提案・開発する。	家族が地域で孤立することなく、安心して生活できるよう周囲の理解促進及び支援のネットワーク化を図る。	家族に多くの役割を課した従来の精神保健福祉施策の転換や社会的偏見の除去に向けた施策の検討及び提言を行う。
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族の希望や不安を受けとめる。</li> <li>・ 家族関係や家族それぞれの発達段階、家族を取り巻く環境を踏まえ、包括的な視点から家族のニーズを把握する。</li> <li>・ 家族の持つ力を活用し、家族が問題解決に向けて取り組めるように支援する。</li> <li>・ 家族のニーズを充足するために必要な資源を、家族が知り活用できるよう働きかける。</li> <li>・ 家族のニーズと適切なサービスを結びつけ、必要な資源の開発/開拓を図る。</li> </ul>	関係形成技法 アセスメント  支援/支持 (サポート/カウンセリング)  教育 (エデュケーション)  調整 (コーディネート)	
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族・家族関係に関する知識：家族関係論、家族力動論、家族システム論、家族の機能や構造に関する理論、ライフサイクル、家族の発達課題に関する理論</li> <li>・ 家族を取り巻く法制度の現状と歴史的変遷に関する知識</li> <li>・ 家族会や家族教室、家族支援にかかわる資源及び諸制度に関する知識</li> </ul>		

業務名	21. スーパービジョン		
定義	職業的アイデンティティを同一にする者同士の契約に基づき、ソーシャルワークの専門性に照らした実践の省察を支援するプロセス（実習指導も含む）。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スーパーバイザーの力量の開発と<b>専門性</b>の発達を支援する。</li> <li>・スーパーバイザーのソーシャルワーカーとしての<b>自己覚知</b>を促進する。</li> <li>・スーパーバイザーの所属施設・機関のサービス改善や質の向上を支援する。</li> <li>・スーパーバイザーが力量を向上させ、社会的視点に基づく制度改正への参画や資源創出することを促進する。</li> <li>・自らのスーパーバイザーとしての機能発揮のための<b>研鑽</b>を行う。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル③：専門職（精神保健福祉士）</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・専門職としての業務を遂行するうえで、ベテラン職員や上司の助言・指導、サポートを得たいと考える精神保健福祉士</li> <li>・精神保健福祉士の資格取得を目指し、養成課程に在籍する学生（実習生）</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル④：所属機関</b> 精神保健福祉士の教育研修及び実習指導を所属組織内における業務として位置づける。	<b>レベル⑤：地域</b> 精神保健福祉士の養成教育機関と連携し、専門職養成に参画する。	<b>レベル⑥：社会</b> スーパービジョンの機能を応用し、制度政策を俯瞰して他職種や市民集団へのコンサルテーションを行う。
	<b>レベル①：個人／レベル②：集団</b> 利用者に対してより質の高いサービスを提供する。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スーパーバイザー（実習生含む）の、専門職として必要な知識・技術・価値の伝達、学習の動機づけの向上を支援する。</li> </ul>		教育的機能 情報提供 教育（エデュケーション） 評価（エバリュエーション）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スーパーバイザーが組織の一員として活動できるように職場環境の整備を支援する。</li> <li>・実習生が目標や課題に基づく実習を行うことができるよう環境を整備し、実習指導を所属組織における業務に位置づける。</li> </ul>		管理運営的機能 管理/運営（アドミニストレーション） 調整（コーディネート） 現場実習マネジメント
<ul style="list-style-type: none"> <li>・スーパーバイザー（実習生含む）の自己洞察を支援し、不安や防衛の表出やカタルシスを受けとめる。そのうえで、業務（実習）に取り組めるよう励ましつつ、ソーシャルワーカーとしての自己覚知を促進する。</li> </ul>		支持的機能 関係形成技法 支援/支持（サポート/カウンセリング） 促進（ファシリテート）	
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スーパービジョンの理論と方法に関する知識</li> <li>・ソーシャルワーカーの倫理綱領及び業務指針に関する知識と理解</li> <li>・関連する理論の理解：ソーシャルワーカー論、業務論、組織論など</li> </ul>		

業務名	22. 組織活動/組織介入		
定義	所属機関に対して、利用者の人権及びニーズを尊重し、公共性を保持した運営管理を行うよう働きかける。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会的ニーズや地域のニーズを把握し、所属機関の機能と役割を認識する。</li> <li>・組織内の<b>権利擁護</b>の意識を高め、<b>個別性を重視</b>したサービス提供を促進する。</li> <li>・利用者ニーズに対応し、所属機関の事業方針、規則、サービス内容の向上・改善に取り組む。</li> <li>・多職種連携において、各職種が利用者の<b>生活の質の向上 (well-being)</b>を目指して専門性を発揮できるよう働きかける。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル④：所属機関</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神保健福祉士の所属するサービス提供機関（医療機関、福祉サービス提供機関、行政機関、学校・雇用・司法等ソーシャルワークの実践機関）</li> <li>・所属機関におけるソーシャルワークサービス部門</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル①：個人/レベル②：集団</b> 所属機関を利用する人々、地域において所属機関が提供するサービスを利用しようとする人々のニーズを把握し、利用者ニーズからサービス内容を評価する。	<b>レベル⑤：地域</b> 地域住民や関係者による所属機関のサービス評価の機会を設ける。見学会などを定期的に開催しサービスの情報発信と意見交換を活発化させる。	<b>レベル⑥：社会</b> 所属機関を取り巻く社会情勢や法制度を検討し、制度上の不備に対する提案/提言を行う。
	<b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b> 組織の機能や構造にかかわる知識の向上を図り、利用者ニーズを中心としたサービスの提供及び開発に努める。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者ニーズ及び地域のサービスニーズを把握し、所属機関のサービス内容の適正を評価する。</li> <li>・サービス提供における所属機関の課題や問題点を把握し、改善に向けて関係者に働きかける。</li> <li>・所属機関のサービスに関する各種会議及び運営管理会議を企画・参加し、サービスの質の向上を図る。</li> <li>・利用者ニーズに応じて新規事業やプログラムを開発し、提案・企画を行う。</li> </ul>		地域アセスメント 組織アセスメント 変革（イノベーション） 企画/開発 調整（コーディネート） 協議/交渉（ネゴシエーション）
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所属機関の運営・維持管理及び情報処理・管理を適正に行い、サービス提供の効率と共有を図る。</li> <li>・所属組織が提供するサービスの広報を行い、サービスへのアクセスを促進する。</li> <li>・職員研修の企画・実施を通して専門職としての質の担保、向上を図る。</li> <li>・多職種と連携し、サービスの質を向上させるとともに権利擁護や生活モデルの視点を組織内に醸成する。</li> </ul>		管理運営（アドミニストレーション） 評価（エバリュエーション） 情報提供 広報 教育（エデュケーション） コンサルテーション 権利擁護/代弁（アドボカシー）
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ソーシャルアドミニストレーション理論、福祉経営に関する理論と知識</li> <li>・組織介入の実践モデル（Germain,C.B. &amp; Gitterman,A. 1996=2008）：組織分析（アセスメント）、導入の技法（組織内の関係形成、影響力を増す、問題への気づきと共有）、関与の技法（説明法、協働法、説得法、対立活用法）、実施と制度化</li> </ul>		

業務名	23. 地域活動/地域づくり		
定義	精神保健福祉にかかわる地域課題を発見・分析し、地域の資源開拓や諸資源のネットワーク及び組織化による問題解決を図る。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の精神保健福祉の問題解決及び地域住民の<b>福祉の向上 (well-being)</b>に向けて、人々や集団、組織に働きかける。</li> <li>・地域の特性 (<b>個別化</b>) を理解し、その地域の持つ強みを最大限に生かす。</li> <li>・問題解決に向けて地域住民や関係者の<b>主体性を形成</b>するとともに、地域の諸資源の連携を促進する。</li> <li>・地域課題の解決を通して<b>ノーマライゼーションと共生社会の実現 (ソーシャルインクルージョン)</b>を図る。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル⑤：地域</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神保健福祉サービス利用者及び精神保健福祉の課題を抱える人々が暮らす地域社会。地域コンフリクトが生じている場面</li> <li>・地域活動にかかわる人々、集団、組織：当事者、家族、支援者、ボランティア、支援機関、行政、自治会、民生委員、社会福祉協議会、など</li> <li>・地域住民 (自身のメンタルヘルスに取り組む主体、地域精神保健福祉活動の担い手)</li> </ul>		
他のレベルとの関連	<b>レベル①：個人/レベル②：集団</b>	<b>レベル④：所属機関</b>	<b>レベル⑥：社会</b>
	地域において「生活のしづらさ」を抱えている人々、そして精神保健福祉活動を担う地域住民への働きかけと主体性の形成。	所属機関のサービスの限界と不足している点を認識・検討し、他機関と連携した包括的な支援体制の構築に取り組む。	地域を取り巻く社会情勢や政策を理解し、制度上の不備に対して改善策を提案/提言する。
	<b>レベル③：専門職 (精神保健福祉士自身)</b> 所属機関の機能に埋没することなく、地域を生活支援の基盤として認識する。地域資源に関する知識と理解を高め、コミュニティワークの理論や技術の研鑽を重ねる。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域で「生活のしづらさ」を抱えた人々の思いやニーズに耳を傾ける。</li> <li>・地域における精神保健福祉の課題・ニーズを把握する (ニーズ調査/既存資料等の活用)。</li> <li>・地域特性を把握し、地域資源 (フォーマル・インフォーマル) を把握する (資源調査/既存資料等の活用)。</li> <li>・上記調査より明らかになった地域課題に対する認識の共有化を図る。</li> <li>・問題解決に向けた関係機関の連携の促進及び人的資源の導入・育成、新たな社会資源の開発を図る。</li> <li>・問題解決に向けて地域住民の理解の促進及び地域精神保健福祉活動への参画を促進する。</li> </ul>		関係形成技法 地域アセスメント 調整 (コーディネート) 協議/交渉 (ネゴシエーション) 資源開発/開拓 連携/協働 (ネットワーク/コラボレーション) 組織化 (オーガニゼーション) 媒介/交流促進
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域精神保健福祉の向上を目的とした各種地域連携会議等の企画・運営・参加を行う。</li> <li>・地域関連機関や地域住民主催の活動・行事への協力・参加を通して連携や交流を促進する。</li> <li>・精神保健福祉に関する普及・啓発活動を行う。</li> </ul>		企画/開発 媒体/交流促進 広報 予防、啓発 (インシエイト)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニティワークの実践理論</li> <li>・調査法 (ニーズ調査・資源調査)：アンケート、ヒアリング、アクションリサーチ</li> <li>・地域アセスメントツール (例：SWOT分析) に関する知識</li> </ul>		

業務名	24. 政策分析/提言/展開		
定義	現行の社会福祉制度・社会福祉政策を分析し、改善のための具体的な提言を行い、共生社会の実現に向けた施策の展開に参与する。		
指針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神保健福祉の問題解決及び国民の福祉の向上（<b>well-being</b>）に向けて、地方自治体や国に働きかける。</li> <li>・<b>ノーマライゼーションと共生社会の実現（ソーシャルインクルージョン）</b>に向けて、谷間のない法制度の充実や創設に向けた具体的な提言を行う。</li> <li>・ソーシャルワーク専門職団体の一員として<b>社会改革（ソーシャルアクション）</b>の一翼を担う。</li> </ul>		
主軸レベル	<b>レベル⑥：社会</b> ・社会福祉制度及び保健医療制度を立案し、施策を展開する国及び地方自治体		
他のレベルとの関連	レベル①：個人/レベル②：集団	レベル④：所属機関	レベル⑤：地域
	精神保健福祉及び社会福祉サービスを利用する人々、メンタルヘルスの課題を抱える人々の思いやニーズを施策分析/提言/展開の出発点に位置づける。	制度・政策上の不備や不足が所属機関の提供するサービスに影響していることの認識を共有する。	地域固有の課題と自治体や国レベルの課題との整理・峻別を行う。
	<b>レベル③：専門職（精神保健福祉士自身）</b> 個人や所属機関、特定の地域社会だけでは解決しえない問題を専門職団体などで共有し、連帯して解決に臨む。		
業務内容と主な機能・技術	<b>業務内容</b>		<b>主な機能・技術</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「生活のしづらさ」を抱えた人々の思いやニーズに耳を傾け、受けとめ、それらの問題を精神保健福祉制度/施策との関連から理解する。</li> <li>・個別支援を通して得られた精神保健福祉制度/施策上の問題にかかわる知見を積み重ねる。</li> </ul>		関係形成技法
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国及び地方自治体において共通する精神保健福祉政策の課題を把握、分析する（調査研究）。</li> <li>・調査より明らかになった政策課題に対する職能団体や関係団体間での認識の共有化を図る。</li> <li>・政策課題の解決に向けたエビデンスの集積に基づき具体的な政策提言を行う。</li> </ul>		調整（コーディネート） 連携/協働（ネットワーク/コラボレーション） 協議/交渉（ネゴシエーション） 社会改革（ソーシャルアクション） 権利擁護/代弁（アドボカシー）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・問題解決に向けて地域住民の理解の促進及び地域精神保健福祉活動への参画を促進する。</li> <li>・法制度に基づかない社会資源の改善や開発を通じて、新たな法制度の創設を働きかける。</li> <li>・改善、創設された法制度を社会資源として実際に活用する。</li> </ul>		啓発（インシエイト） 資源開発/開拓	
実践上必要な理論・知識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会調査に関する基礎知識：質的調査法、量的調査法</li> <li>・社会改革（ソーシャルアクション）の理論や手法に関する知識</li> <li>・社会学、社会システム理論</li> </ul>		



## **第Ⅲ部**

# **精神保健福祉士の 各分野における業務指針**

## 第Ⅲ部のねらいと活用上の留意点

第Ⅲ部では、第Ⅱ部で示した精神保健福祉士の業務を総論として捉え、主な実践現場として、医療分野、地域分野、行政分野を取り上げ、分野別の各論として指針を示した。

精神保健福祉士の業務は、各分野における実践現場の特性や所属機関の機能、根拠となる法律や制度などによって、様々な影響を受けている。精神保健福祉士が業務を展開するにあたり、それらの影響要因が実践上の葛藤や迷いを生じさせていることもある。そうした背景や現実問題を踏まえて、その分野の精神保健福祉士が困難や迷いに直面したとき、立ち戻ることができるような指針を示すことが、第Ⅲ部のねらいである。そのために、具体的な現場の実践場面を示し、指針に対応する形で状況の理解・整理を行いながら、精神保健福祉士としてどのように業務を展開するのか、その方向性を考えられるような構成にしている。

第Ⅲ部での各分野の業務指針の構成は以下のとおりである。「1 はじめに」で、該当分野の動向及び精神保健福祉士を取り巻く現状を記述し、「2 各分野における精神保健福祉士の仕事の実際と大切にしていること」として、該当分野の精神保健福祉士の仕事の特徴や様子、また実践上大切にしていることを記述した。そのうえで、「3 実践上の指針」として、該当分野の精神保健福祉士が実践上で指針となる考え方を箇条書きで示した。「4 業務名」として、該当分野の代表的で特徴的な業務を項目として示した。

以上を踏まえ、「5 業務指針」は4であげた業務名ごとに【表8】(P83)の枠組みに沿って、その業務の定義、その業務を行ううえでの指針、その業務の具体例(場面事例)と指針に基づく場面の状況分析や留意点をまとめている。「5 業務指針」の構成と内容については【表8】の説明文を参照してほしい。なお、ここで示した内容はあくまでも典型例であり、それぞれの現場に応じて、実践のなかで柔軟に活用してほしい。また、業務を展開するうえで必要な基礎知識の確認や発展的課題、業務にまつわる現場の声などを、囲み枠で示している。これらは日々の業務を振り返り、新たな展開を示すうえでの助けになると思われる。

【表8】第Ⅲ部の業務指針の構成と内容

業務名	各分野に特有の業務を、実践者がイメージしやすい表現で示した。
定義	精神保健福祉士の目的と連動し、「何のためにどのような活動を行うのか」を簡潔に示した。
指針	上述の「3 実践上の指針」で示したもののうち、特にこの業務を展開するうえで、強調すべき指針を示した。
具体例と指針に基づく状況分析	<p>&lt;事例&gt; 「業務名」で示す業務の典型的・代表的な具体例をあげ、精神保健福祉士が実践上、迷いや葛藤に陥りやすい状況や場面を記述した。</p> <p>&lt;状況分析と課題&gt; 具体例を指針から捉えたとき、精神保健福祉士としてその状況をどのように理解し、整理ができるのか、業務に影響を与える環境要因や、精神保健福祉士としての価値や理念との結びつきを指針に基づき示した。さらに、実践を展開するうえでの方向性と実践上の課題についても記述した。</p>
チェックポイント	実践上の留意点やアドバイスを含め、現場の状況に対応させながら確認できるよう問いかけ型で示した。

# 1 地域分野における業務指針

## 1 はじめに～地域分野の動向及び精神保健福祉士を取り巻く現状～

近年、地域分野における精神保健福祉士を取り巻く状況は、今日の障害者総合支援法に至る一連の制度改正により目まぐるしく変化している。2006（平成18）年に施行された障害者自立支援法から、2010（平成22）年の改正（整備法）を受け、2012（平成24）年の障害者総合支援法へと改正が繰り返されている。この間の法改正に伴う事業の創設や規定の変更などにより、地域の現場で働く精神保健福祉士は制度変化への対応に追われてきている。また、同法における障害福祉サービスは、事業ごとに細かな内容が規定され報酬単価が定められていることもあり、基準に則した事業所の運営を迫られてきた。

この結果、現行の報酬体系のもとでは、当事者主体の視点に立ったソーシャルワークの専門性を発揮することが、法人の収益としては反映されない事態も引き起こされている。事業運営に必要な相談支援専門員とサービス管理責任者がいれば、必ずしも精神保健福祉士は必要なく、事業所の報酬請求事務や作業効率追求により、利用者に向き合う直接的な対人支援業務の時間が切り詰められれば、ソーシャルワーカーとしての本来業務が疎かになりかねない。こうした状況は、利用者の多様なニーズに対応することを困難にしているが、今一度原点に立ち戻り、精神保健福祉士が大切にしてきた当事者と共に考え歩んでゆく視点や、当事者本位の包括的なアプローチを実践する必要があるだろう。

2013（平成25）年の精神保健福祉法改正で新設された退院後生活環境相談員は、精神保健福祉士がその中心的役割を担うことが期待され、地域援助事業者と連携した地域移行の推進や早期からの介入、生活を分断しない継続的なかわりなどが求められている。また、障害者総合支援法における相談支援の充実強化は、サービス等利用計画作成における相談支援（計画相談）を推進し、その業務に従事する精神保健福祉士には、利用者の生活ニーズに応じた諸サービスをマネジメントしコーディネートする機能が求められている。そして、障害者総合支援法に規定されている地域における協議会（地域自立支援協議会など）では、事業所を超えた地域生活支援ネットワークの構築が目指されており、協議会にかかわる精神保健福祉士の役割も大いに期待される場所である。

現在の法制度では、地域の事業所に精神保健福祉士は必置ではない。障害者福祉サービスにかかわる相談支援専門員が新たに位置づけられたことにより、精神保健福祉士はその立ち位置や役割の曖昧さに直面しているといえる。こうした状況に際して、改めて精神保健福祉士としての価値と理念を確認し、ソーシャルワークの原点に戻り、自らの業務を誠実に振り返る必要がある。「かわり」、「つなぎ」、「つくりだす」という専門性を有する地域の精神保健福祉士のあり様が問われているのである。

## 2 地域分野における精神保健福祉士の仕事の実際と大切にしていること

精神保健福祉の分野で「病院から地域へ」「共生社会の実現」の政策が打ち出されて久しい。「障害者自立支援法」から「障害者総合支援法」に法律の名称は変わったが、精神科病床の減少は進まない。精神障害者福祉に係る予算額は限られており、地域における社会資源は未だに不十分な状況にある。

しかし、精神保健福祉士が資格化される1990年代以前の状況に比べれば、地域の社会資源は種類及び量とも格段に増加している。それは家族会や当事者の活動に加え、粘り強く地域での実践を展開してきた精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW）たちの活動の経緯がある。精神衛生法の時代から、保健所を中心として地域の中に根づきながら訪問活動を展開してきたPSWや保健師の実践も、社会資源の開拓の大きな原動力となってきた。また、各地で医師、看護師、作業療法士、臨床心理技術者らと協働して新たな社会資源を創出する取り組みも数多く見られた。これらの活動は、職種による視点の違いはあるにせよ、病院と地域を紡ぐ意識が根底にある。

地域で仕事をする精神保健福祉士の業務は幅広く、精神障害者に対する生活支援・就労支援・居住支援・地域移行支援などを中心として、司法・教育・母子・児童などの領域でも精神保健福祉士が活躍している。それはすなわち、様々な領域において精神保健福祉にかかわる問題が複合的に絡み、単に精神保健福祉サービス利用者に対する既存の支援を提供するだけでは業務として成り立たなくなっている現状を映し出している。しかしながら、どの領域においても、基本的なかわりの視点に変わりはない。倫理綱領に書かれている精神保健福祉士の価値・理念に基づく実践を愚直に展開することで打開策は見えてくる。

精神障害者の支援を行う際には、医療機関との連携は必要不可欠である。精神保健福祉士は、障害が重くとも可能な限り地域で暮らし続ける方法を当事者や家族と共に考え続けることを目指さなければならない。地域生活で困難が生じた、あるいは病状が悪化したことがすなわち入院治療を意味するのではないという意識改革が必要であろう。しかし、これは効果的な入院治療を妨げるものではない。当事者や家族は最良の医療サービスの提供を受ける権利を有しており、主体的に治療に取り組めるような環境づくりを常に意識して医療機関との連携を図るべきである。

行政機関との良好な連携もまた業務遂行上の重要な要因となる。「障害者自立支援法」から「障害者総合支援法」へと移行した現在、地域事業所と行政機関の連携及び協働は必須となっている。地域事業所と行政機関とが対等な立場で、お互いの業務特性や培ってきた知恵や知見を理解しながら業務を遂行することに留意しなければならない。

地域分野における精神保健福祉士が行う業務内容は多様化しており、求められる専門性も広がりや深まりを見せている。現場での業務内容は時代の要請によって変わるものであるが、精神保健福祉士がソーシャルワーカーとして目指す業務の方向性（指針）は、普遍的な価値と理念に支えられているのである。

### 3 実践上の指針

---

1. 本人の希望を応援し、地域での暮らしを支える
2. 支援の継続性を意識する
3. 市民感覚を基盤とした地域づくりに取り組む
4. 医療機関との対等な関係を構築する
5. 本人が地域で豊かな人間関係を育むことを支援する
6. 重い障害がある人も地域で支え続ける
7. 生き方の多様性を認識し、かかわる
8. 権利擁護の感覚を研ぎ澄ます
9. 支援の質を向上させる組織基盤を形成する
10. 日常的な意見交換や確かな調査に基づく地域づくりを目指す
11. 本人の希望に沿った社会資源を柔軟に作り出す
12. 人・もの・金を意識して事業を経営する

### 4 業務名

---

1. 地域生活における相談支援
2. 働くことへの支援
3. 居住支援
4. 居場所を作る支援
5. 地域移行・地域定着にかかわる支援
6. アウトリーチ・訪問活動
7. 地域ネットワークの基盤形成と町づくり
8. 当事者との協働
9. 医療機関との連携
10. 事業の運営・管理

## 5 業務指針

### 業務名 1 地域生活における相談支援

#### 定義

利用者の日常生活・社会生活における個別の課題解決を図るとともに必要な情報を提供し、社会資源を活用する力や社会生活力を高める支援を行う。また在宅生活のための環境と支援ニーズをアセスメントし、作成された支援計画に基づきモニタリングを実施することにより、総合的かつ継続的なサービスを提供し、質の高い生活の向上に向けて支援する。

#### 指針

- ◇本人の希望を応援し、地域での暮らしを支える【指針1】
- ◇支援の継続性を意識する【指針2】
- ◇医療機関との対等な関係を構築する【指針4】
- ◇重い障害がある人も地域で支え続ける【指針6】
- ◇生き方の多様性を認識し、かかわる【指針7】
- ◇本人の希望に沿った社会資源を柔軟に作り出す【指針11】

#### 具体例と指針に基づく状況分析

##### 事例：地域で孤立している方への相談

Aさんは精神科病院を2年前に退院して以降、アパートで一人暮らしをしている。特に支援機関を利用しておらず、他者との交流も乏しく家族の支援も得られていない状況である。食事や日常的な金銭の管理が十分に行えていない様子で、アパートはごみ屋敷のようになっているが、外来に通院し服薬も維持されており、本人は再入院せず何とか今のアパート生活を維持したいと思っている。Aさん自身は何をどうすれば良いのか、誰に何を相談して良いのか分からない様子だが、本人の了解を得た病院の精神保健福祉士から、指定一般相談支援事業所の精神保健福祉士（相談支援専門員）に支援検討の依頼が電話であった。

##### ⇒状況分析と課題

Aさんは、外来通院以外の社会参加場面がなく地域で孤立している。退院後、服薬は自己管理されており精神症状は安定しているものの、日常生活や社会生活、健康面において様々な困難を抱え、地域での在宅生活の維持が困難に思われる事例は多い。連携・協働関係にある精神科医療機関からの依頼を受けた場合、相談支援事業所の立場から本人にかかわり、アセスメントすることが不可欠である。事実と情報を整理しつつ、本人は何に困っているのか、今後の生活設計に活かせる本人の強みは何かを確認し、できていることに着目する必要がある。

事例のように、本人が今のアパート生活を維持し再入院はしたくないという明確な意思を表明している場合には、その希望を実現するための目標や地域で生活していくための継

**継続的な支援【指針1】【指針2】** 方策の検討を、本人と共有しながら進める必要がある。退院後から現在に至るまで、在宅生活を維持してきた本人なりの工夫や対処方法はあるはずであり、ストレングスの視点から支援を検討する必要がある。既存の制度やサービスに当てはめるのではなく、また早急なサービス導入は本人をパワーレスにすることにもなり得ることに注意し、インフォーマルな資源も活かしているか確認する必要がある。

「障害者総合支援法」による相談支援事業（指定特定相談支援事業、指定一般相談支援事業など）は、対象と機能が分けられているが、当事者の支援ニーズは事業で切り分けできるものではない。本来、相談支援は精神保健福祉士の実践の根幹をなすものであり、全ては個別の相談支援から始まる。当事者のニーズを充足できるだけのサービスや社会資源が地域社会に不足している場合には、精神保健福祉士は**新たなサービスや社会資源を作り出していく（ソーシャルアクション・ソーシャルチェンジ）意識を持つことが必要となる【指針11】**。

### チェックポイント

- 連携する他機関からの依頼・要請であっても、まず利用者と出会い、利用者の気持ちを受けとめ傾聴し、信頼関係を築けていますか？
- 本人のこれまで生きてきたヒストリーを理解し、本人の希望やライフスタイルがプランニングに反映されているか確認していますか？
- アセスメントにおいては、本人の生活能力のウィークネス（短所や問題点）を評価するだけでなく、ストレングス（長所や強み）を確認し、生活環境・支援環境にかかわる課題や本人の強みの評価を意識していますか？
- 医療機関との連携を図りつつ、本人の意思と在宅生活を支援する視点を大切にしていますか？
- 多様な課題を支援者一人で抱え込まず、地域の他機関や人的資源を活用するマネジメントを意識していますか？
- 相談支援業務を円滑に行えるよう、地域の関係者とのネットワーク形成を常に心がけていますか？

## 業務名2

## 働くことへの支援

## 定義

働きたいと願っている人に対して、医療機関、企業、地域社会、家族などと連携を図り、多様な働き方を念頭におきながら利用者の希望に沿った支援を行う。

## 指針

- ◇本人の希望を応援し、地域での暮らしを支える【指針1】
- ◇医療機関との対等な関係を構築する【指針4】
- ◇生き方の多様性を認識し、かかわる【指針7】
- ◇本人の希望に沿った社会資源を柔軟に作り出す【指針11】
- ◇人・もの・金を意識して事業を経営する【指針12】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例：就労移行支援事業における相談事例

就労移行支援事業所に通うBさんは順調に職業準備訓練を積み重ねていた。1年後にハローワークを通じて職場が見つかり、障害者就業・生活支援センターともつながり、障害をオープンにして就職することができた。トライアル雇用を利用しての就職であったが、3か月の試し雇用が終わり正式雇用に移行する段階で、調子を崩し職場に行けなくなった。主治医は病状の悪化を心配しトライアル雇用の中止を提案したが、本人は継続を希望している。Bさんの就労定着支援を行っていた就労移行支援事業所の精神保健福祉士は、本人の希望と主治医の意向との間で悩んでいる。

## ⇒状況分析と課題

精神障害者の就労支援において、**医療機関との対等な関係の構築【指針4】**が求められる。医療・福祉・雇用専門機関にまたがる就労支援チームの有効性はエビデンスが示されているにもかかわらず、我が国での制度化には未だ遠い。事例は、本人の就労ニーズに基づき、就労移行支援事業所の精神保健福祉士が医療機関とハローワーク等の雇用専門機関との連携を強化し、トライアル雇用にたどりついたケースである。このケースの場合、本人の病状と働きたいという本人の**夢や希望【指針1】**とをどのように考えるか、一見難しい状況のように見える。ここで重要なことは、本人を中心とした支援の基盤づくりを通して、このような状況を予測した対応を事前に準備することである。本人、医療関係者、雇用主と日頃から情報を共有し、様々な場面に応じた連携のあり方が検討できていることが求められる。

## チェックポイント

- 日頃から医療機関との連携を意識していますか？
- 本人不在で情報提供が行われていませんか？
- 支援方針の確定が本人不在で行われていませんか？

- 本人の意思や力を最大限生かす方法を医療機関・企業・福祉関連機関が話し合える環境を作っていますか？
- 支援の経過や達成具合を分かりやすく提示するツールを作成していますか？
- 本人や支援機関と情報を共有しリカバリー志向の就労支援を行っていますか？

● 多様な就労支援のあり方 ●

就労は精神障害を持つ人にとって、最もニーズの高い支援課題である。

今日、従来の就労支援の枠を超えたソーシャルファーム\*やIPS（Individual Placement and Support）\*\*などの就労支援の考え方が定着し始めている。精神保健福祉士は、このような多様な取り組みや支援方法に関する研鑽を続けて、利用者の就労ニーズに応じた支援を展開していくことが望まれる。

就労支援は単に企業に就職することがゴールではなく、障害がありながら働くとはどういう意味を持つのかという哲学的なテーマを秘めた支援でもある。

\* ソーシャルファーム：社会的な目的を持ったビジネスで、事業で得た収益の一部は社会に還元していく。

障害者、高齢者、ひきこもり、刑余者など働きにくい立場の人が対象とされる。

\*\* IPS：Individual Placement and Support「個別職業紹介と援助付き雇用」と訳される。ACTプログラムが展開する中で開発されたプログラム。本人に働きたいという意思があれば一般就労できるという信念に基づき、ケアマネジメントの手法を用いて、本人の好みや長所に注目した就職活動と同伴的な支援を継続する。

## 業務名3

## 居住支援

## 定義

地域社会において当事者が安心、安全に暮らすための適切な住宅を確保し、居住の場における日常生活を支援し、各種サービスのマネジメントをすること。

## 指針

- ◇支援の継続性を意識する【指針2】
- ◇市民感覚を基盤とした地域づくりに取り組む【指針3】
- ◇重い障害がある人も地域で支え続ける【指針6】
- ◇生き方の多様性を認識し、かかわる【指針7】
- ◇権利擁護の感覚を研ぎ澄ます【指針8】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例：グループホームにおける職員の事例

Cさんは特定非営利活動法人に勤務する精神保健福祉士である。この法人は、就労継続支援B型事業所1か所と生活訓練事業所1か所、グループホーム（GH）2か所を運営している。Cさんは、勤続3年目で就労継続支援B型事業所からGHに異動になり、生活支援員として働き始めた。このGHは、法人名義で賃貸契約をしている築20年余りの2階建ての木造物件を使用しており、計10名がアパート1棟の個室で生活している。ある日、仲介業者より電話があり、「高齢だった大家さんが亡くなり、後を継ぐ息子さんが『老朽化した本物件を取り壊し、別の形で資産運用をしたい、次の契約更新はできないので、移転先を探してほしい』と言っている」との話があった。契約更新まであと1年あるものの、Cさんは今後の移転先をどうするか、入居者にいつどのような形で話すのか、など当面の対応策について法人の経営層、GHの管理者、先輩の精神保健福祉士（世話人）と会議で検討することになった。入居者の中には、60代後半の高齢の方や身体障害を併せ持つ方、地域移行支援を受けて退院したばかりの方もいる。そのほとんどが生活保護と障害年金で生計を立てている方々である。Cさんは、1年後に市内で新たな移転先が見つかるのだろうかと不安を抱えている。

## ⇒状況分析と課題

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（2004年）において、地域移行を推進するための居住支援の重要性が指摘されたことを受け、GHの設置促進が取り組まれている。居住支援は、住宅を確保するというハードの側面と、居住の場を軸とした日常生活支援やマネジメントを展開するというソフトの側面の二つに分けることができる。その両側面の機能を持つ居住資源であるGHは、**重い障害があっても地域で生活することを可能にする【指針6】**。

事例では、物件の賃貸契約の更新不可という状況で**支援の継続性【指針2】が危ぶまれ、入居者の人権にかかわる問題【指針8】**に直面している。困難な状況にあっても、**重い障害のある方々に地域での多様な暮らしの場を供給する【指針6】**こと、安心して安全に暮

らすことを保障することは、精神保健福祉士の重要な**権利擁護活動【指針8】**の一つと言える。また、住民による差別や偏見によって未だ住宅確保が難しい地域もあり、地域自立支援協議会などの場を活用して、地域の課題として取り組む必要性は高い。精神保健福祉士には入居者の居住権を意識して取り組む姿勢が必要であり、それを実践するために地域や組織における合意形成に向けた柔軟な交渉力が求められる。

### チェックポイント

- ピンチをチャンスと捉える積極的な姿勢で取り組んでいますか？
- 良い物件情報を持っていそうな市民や民生委員、不動産屋などのインフォーマル資源と、行政機関、社会福祉協議会、精神保健医療福祉の関係機関などのフォーマル資源に協力を求めていますか？
- 日頃から培っているネットワークを生かしながら徹底的に物件情報を収集していますか？
- しかるべきタイミングで入居者ミーティングを開き、現状を報告していますか？
- 入居者との頻繁なコンタクトを欠かさず、不安には丁寧に対応していますか？
- 移転時期、費用負担の問題などについては入居者に率直に話をしていますか？
- 移転の進捗状況など情報はできるだけ開示し、主治医をはじめ関係機関にも周知して円滑な移転に向けた支援体制を作っていますか？

### ● 居住支援における最近の動向 ●

グループホームとケアホームの一元化、居住サポート事業、ショートステイ事業などの居住支援施策は増加している。公営住宅法の改正で、公営住宅がグループホームとして利用できるようになり、単身で入居可能な障害者の範囲を知的障害者、精神障害者まで拡大している。また高齢者住宅財団が行う家賃債務保証制度「あんしん賃貸支援事業」は高齢者世帯、外国人世帯、子育て世帯に加えて障害者世帯も対象としている。自治体によっては医療的措置も可能なグループホームを活用したショートステイ事業（クライシスハウスを目指している）のモデル事業を行うなど、地域で暮らす精神障害者の居住支援の充実が図られている。しかし、地域間格差は依然として是正されておらず、また保証人問題などまだまだ課題は山積しており、当事者のニーズと地域実情に沿った支援策の拡充が求められている。

## 業務名4

## 居場所を作る支援

## 定義

当事者が集う場を作ることを支援すること。また、支援者が、集う場や緩やかな活動の場を運営すること。居場所には、自らが所属し他者に受容されている帰属感、他者に貢献し自己効能感が得られる機能がある。また、居場所を持つことで、精神的健康や生活の質の向上が促進される。

## 指針

- ◇本人が地域で豊かな人間関係を育むことを支援する【指針5】
- ◇権利擁護の感覚を研ぎ澄ます【指針8】
- ◇本人の希望に沿った社会資源を柔軟に作り出す【指針11】

## 具体例と指針に基づく状況分析

事例：地域活動支援センターを運営する法人の就労継続支援B型事業所における事例

Dさんは20代の精神保健福祉士である。大学を卒業後、就労継続支援B型事業所に勤務することになった。法人内には就労移行支援事業所や地域活動支援センターも併設している。その事業所は、様々な年齢の人が利用し、ダイレクトメールの封入や公園清掃の仕事をしている。

Dさんにとって何もかもが初めてのことで、他の職員や施設長にいろいろと教えてもらいながら、毎日を過ごしていた。また、利用者がDさんのことを気遣って、いろいろと教えてくれたり、声をかけてくれたりしていた。利用者の様子をよくよく見ると、最初は古くから利用を続けている人の主張が強いように見えたが、その人たちは新しい利用者が分からないことを教えてあげたり、声を荒げる人がいるとなだめたりと、グループの中で大切な役割をとっていることが理解できるようになった。また、事業所以外でも利用者同士が会っていたり、食事を作って一緒に食べるなどの交流や助け合いがあることも分かった。直接利用者に話を聞くと、「以前はプログラムの中に作業以外の交流プログラムがあって良かったが、今は作業中心でつまらなくなった。職員から新しくできた地域活動支援センターに移ることを勧められたが、長年通所して愛着があり仲間もたくさんできたからここに来ている」という。

「障害者自立支援法」から「障害者総合支援法」の時代に変わり、一定の利用者の通所を維持して作業効率を上げないと事業運営が厳しくなるため、利用者としっくりかかわる時間がとれないことにDさんはジレンマを感じている。

## ⇒状況分析と課題

上記は、**利用者が共に生きる仲間を作り、豊かな人間関係を構築する【指針5】**きっかけを作るなど、所属感が持てるような居場所の運営をしていた事業所が、法改正により変容していかざるを得なくなった事例である。

1970年代から作業所と呼ばれる日中活動支援の場づくりが始まり、現在の障害者総合支

援法につながっている。当初作業所は作業の場所であるとともに、現在の地域活動支援センターの機能も果たし居場所としての役割もあった。また、相談支援の中から、**本人の希望に沿った社会資源を柔軟に作り出していた【指針11】**。

障害者総合支援法の中で体制整備が図られたことにより、様々な事業の種類が生まれ、不十分ながらも利用者本人がサービスを選べるようになった。しかしながら、必ずしも様々なニーズを網羅しているわけではなく、この事例のように法改正前から所属する利用者にとっては、就労継続支援B型事業所になっても長年通所している事業所に居場所としての機能を希望する人も多く、単に多機能型にしたり地域活動支援センターを作れば良いという問題ではない。また、事業所運営の事務スタッフは多くの時間を費やすことになり、利用者と同じくかかわる時間的な余裕がなくなっている。精神保健福祉士は、こうした今日的な課題を踏まえつつ、利用者のニーズに対応した事業運営を行い、必要に応じて複数のサービスをコーディネートした総合的な居場所支援に取り組む力も求められている。

また、事業所内では、事例のように利用者同士の関係性が居場所として機能していることも多い。精神保健福祉士は、こうした相互支援の状況を理解し、それらを促進していくことも大切である。さらに、当事者が運営する居場所においては、支援者である精神保健福祉士は側面的支援に重点をおき、必要とされた時に必要な介入を果たすなど、柔軟な対応を忘れてはならない。

#### チェックポイント

- 居場所のイメージ、働きについて、支援者は自分なりの理想を持って取り組み、理想と現実の違いを考え続けていますか？
- 考えるだけでなく、サービス利用者と行動を共にすることの大切さを理解していますか？
- 居場所は利用者とスタッフが協働して共に築きあげるものですが、居場所の主体者はサービス利用者であることを深く理解していますか？

## 業務名5 地域移行・地域定着にかかわる支援

### 定義

精神科病床の削減と地域における共生社会の実現を目指し、地域の支援機関と精神科病院が連携・協働して、精神科病院に（長期）在院している患者の退院を促進し、地域生活への移行と居宅生活への定着を図る。

### 指針

- ◇本人の希望を応援し、地域での暮らしを支える【指針1】
- ◇支援の継続性を意識する【指針2】
- ◇医療機関との対等な関係を構築する【指針4】
- ◇重い障害がある人も地域で支え続ける【指針6】
- ◇支援の質を向上させる組織基盤を形成する【指針9】
- ◇本人の希望に沿った社会資源を柔軟に作り出す【指針11】

### 具体例と指針に基づく状況分析

#### 事例：地域移行を目指す長期在院者への支援

Eさんは、20歳の時に統合失調症を発病して精神科病院に頻回に入退院を繰り返した後に、30歳からは20年間の長期入院をしていた。この間に父親は亡くなり、病弱の母親もなかなか面会には来られず、兄弟たちも独立しそれぞれ家庭を築いており関係は疎遠になっている。精神症状は落ち着いているものの、戻る家も身近な親族もなく、Eさんは一生を病院で過ごすしかないと諦めていた。ある日、病院内で指定一般相談支援事業所のピアサポーターによる説明会があり、同じように長期入院を体験した退院者が、快活に気ままな在宅生活の様子を語る姿に接し「自分も退院して、一人暮らしができるだろうか…」とEさんの気持ちは揺れた。指定一般相談支援事業所の精神保健福祉士は、ピアサポーターを交え、Eさんが退院するまでに必要な具体的な取り組みと地域の環境づくりについて精神科病院の精神保健福祉士と一緒に考え始めた。

#### ⇒状況分析と課題

病院での生活に慣れ、退院後の生活の見通しが全く立たず、具体的な方法も手順も分からない多くの社会的長期入院患者は、自ら「退院したい」とは意思表示しなくなる。しかし、心の奥底では「退院できたら」という微かな希望を持ち続けており、支援態勢が整えば、退院し地域で生活していける可能性がある方が多い。一方、家族の高齢化や核家族化に伴い、家庭での引取りは困難を極めていることを踏まえ、家族の不安を払拭する支援方策が求められる。地域移行・地域定着支援において、地域の事業所は**精神科病院のスタッフと連携協働【指針4】**し、社会的長期入院患者の目を病院の外に向けるモチベーションのサポートを展開するとともに、**本人の夢や希望を応援し、重い障害があっても地域で支え続ける【指針1、指針6】**覚悟を持つ必要がある。また、地域において、**新たな組織や社会資源を柔軟に作り出す【指針9】【指針11】**ことが求められる。

**チェックポイント**

- 精神科病院の治療体制を十分に理解していますか？
- ピアサポーターと共に精神科病院への訪問・広報活動を展開し、精神科病院内のスタッフと連携して、入院患者とピアサポーターが出会い語り合える場を病院内に定期的に設けていますか？
- 本人や家族の本音の気持ちが十分に表明され、病棟スタッフに受け入れられているか確認していますか？
- 本人の希望、できることや強み、本人の持つ資源を通して解決策を描くアセスメントを心掛けていますか？
- 入院患者の残遺症状や日常・社会生活能力の低下、退院後のリスクなど、問題中心のアセスメントに偏らないようにしていますか？
- 退院が支援のゴールではないことを認識し、地域でその人らしい生活が送れるようになるという目標が、精神科病棟のスタッフと共有されているか確認していますか？
- 専門職によるフォーマルな支援機関だけでなく、不動産業者や家主などのインフォーマルな資源活用を積極的に展開していますか？
- 専門職だけではなくインフォーマルな人的資源との出会いを意識していますか？
- 本人を地域に迎えるためのピアサポート体制づくりを十分に行っていますか？

● 「できること」と「環境」に焦点を当てた支援を ●

長期在院患者の地域移行支援にあたっては、支援者のかかわりの視点を吟味する必要がある。医療現場では、「病理・欠陥モデル」に基づくリスクマネジメントが優先される傾向にあり、長期入院患者の「できないこと」に注目しがちである。「できないこと」に対する訓練が繰り返されるだけでは、本人の自己評価は低下し、退院へのモチベーションを維持することが難しくなる。むしろ、「できること」「できていること」を支援者が見出し、本人の強みを強化することで、退院に向けた本人の力が促進され、自己効力感も増していくことが期待できる。

また、長期在院者の退院阻害要因は、本人の病状によるものだけでなく、環境上の支援課題の表れでもある。本人の地域移行を考える際には、環境面の評価を行い、支援課題を多職種・多機関で認識を共有する必要がある。①住居、②経済、③食事、④家族、⑤仲間、⑥福祉、⑦病院、⑧地域、⑨活動、⑩その他の事項（本人の希望や未活用の潜在的な力など）について、精神保健福祉士として意識的にアセスメントを進める必要がある。

## 業務名6 アウトリーチ・訪問活動

## 定義

地域生活を豊かにするために、当事者が生活する空間で生活に密着した、きめ細やかな対応や相談支援を行う。重い精神障害を持つ人や精神障害のあるひきこもり状態の人の地域生活を積極的に支援する。

## 指針

- ◇本人の希望を応援し、地域での暮らしを支える【指針1】
- ◇重い障害がある人も地域で支え続ける【指針6】
- ◇本人の希望に沿った社会資源を柔軟に作り出す【指針11】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例：生活訓練事業所利用者へのアウトリーチ支援

生活訓練事業所に在籍する一人暮らしのFさんは、精神症状の悪化のため自宅にひきこもり、家から出られなくなった。状況を心配した精神保健福祉士が毎日自宅を訪ねてみるが、「もう訪ねて来てほしくない」「私は病気ではないので放っておいてほしい」と訪問を拒否され続けている。精神保健福祉士は、手紙をポストに入れたり、友人に訪ねてもらったりしたがFさんからの返事がない。長い間、Fさんの家事手伝いを担っているホームヘルパーや定期的に訪問している訪問看護ステーションの看護師に相談してみるが、原因はよく分からないという。精神保健福祉士は、相談支援事業所にも相談し、医療機関に連絡を取るべきか悩んでいる。

## ⇒状況分析と課題

精神保健福祉士は、アウトリーチにより地域事情を理解し、地域生活を維持していくためにホームヘルプサービスやピアサポートなど必要なサービスを考えるとともに、本人が地域住民として生活していくための方法について共に考えていくことが求められる。また、**足りない資源はフォーマル・インフォーマルともに柔軟に創出していくことが肝要である【指針11】**。

アウトリーチは、家庭という本人のプライベートな生活空間に向向しているということを忘れず、一方的な管理体制を持ち込むことは慎まなければならない。事例のように訪問を拒否される場面や、危機的な状況が予測される場面こそ、地域で暮らしている人であることを認識し、**重い障害がある人も地域で支え続ける【指針6】**意識が求められる。精神保健福祉士は、一方的に医療機関につなげるのではなく、**本人の希望を応援し、地域での暮らしを共に考え支える【指針1】**ことが求められる。例えば、本人が一番気心の知れている人から話を聞いてもらうなど、本人の持っている力やその資源を大切に、本人が抱えている辛さや求めている支援などを聞かせてもらうのである。早期に介入する必要があると思われる場面こそ、対話を重要視し、本人の気持ちを最優先に考え、粘り強い支援を行うことが大切である。しかしながら、それでも状況が改善せず、真に本人の生命

や安全にかかわる状況に直面した時は、関係者のコンセンサスを得ると同時に、本人の回復する力を信じて医療的介入を行うことも精神保健福祉士の責務である。

### チェックポイント

- 本人が地域で生活している強みを最大限に活用することが、支援の基本であることを理解していますか？
- 本人が生活しているプライベート空間へうかがうという姿勢を忘れていませんか？
- 当事者主体や自己決定の原則を深く理解し、それを軸に支援を展開していますか？
- 訪問を通して様々な課題や問題が見えても、それを解決するのは本人であることを理解していますか？
- 支援者が良かれと思って行うことが本人の力を奪うことになっていませんか？
- 解決を急がず対話を重視していますか？
- 自分だけで解決しようとせず、関係機関やインフォーマルな資源との連携を意識して実践を行っていますか？

## 業務名7 地域ネットワークの基盤形成と町づくり

### 定義

当事者、住民、専門職、国や地方公共団体が連携し、誰もが住みやすい町づくりを行うこと。方法は施設運営、町づくりを検討する組織体を創設する、町内会を活性化するなど様々なものがある。

### 指針

- ◇市民感覚を基盤とした地域づくりに取り組む【指針3】
- ◇権利擁護の感覚を研ぎ澄ます【指針8】
- ◇支援の質を向上させる組織基盤を形成する【指針9】
- ◇日常的な意見交換や的確な調査に基づく地域づくりを目指す【指針10】
- ◇本人の希望に沿った社会資源を柔軟に作り出す【指針11】

### 具体例と指針に基づく状況分析

#### 事例：資源の開発に向けた取り組み

自治体の障害福祉計画の中で達成されていなかった施設をG社会福祉法人が運営する計画を立てた。新たな施設の目的は、365日ケアを提供する施設を設置し、退院先がないため精神科病院に入院し続けている人がより退院しやすい環境を整えることであった。

その後、自治体や法人の準備が整い、施設の設置計画が実行に移されることになると、G法人は、この計画の担当者の数を増やし、プロジェクトチームを立ち上げた。チームのメンバーは法人が持つ複数の事業所から選出され、各事業所の意見も吸い上げ、法人全体で取り組んでいった。このプロジェクトのメンバーに指名された精神保健福祉士は、市役所と綿密な連携を取り、細かい事でも相談しながら活動を進めていった。また、他市の先行している法人にも話を聞き、参考にしていた。

精神保健福祉士は、住民と協働することが必要であると考え、町会長や民生委員、地区の有力者など、様々な立場の人に挨拶と相談に出向き、アドバイスを受けた。また、近隣の住民へ個別訪問し、施設建設の趣旨を説明して歩いた。そこでは、冷静な反応、無関心な反応、反対しながらしぶしぶと認める反応と様々であったが、地域の人々の様々な思いや考えを共有できる機会となった。そして、施設の開設後は、ボランティアの参加や近所の主婦が非常勤職員として働くなど地域の多様な人材とのつながりが進み、町内会の会合や行事に参加を続け施設が地域になじんでいく努力が続けている。

#### ⇒状況分析と課題

社会福祉法の目的の一つである「地域福祉の推進」と、地方分権一括法の流れを受けた地方自治体を中心とした関係者の諸活動を展開していくためには、地域ネットワークを醸成することが不可欠である。

事例の施設設置への取り組みは、自治体内で障害福祉計画で達成されていないという認識はあったが、行政指導の積極的な計画ではなかった。ある社会福祉法人が自分たちの実

践において**権利擁護の感覚を研ぎ澄まし【指針8】**、**人権問題となっている長期在院者問題の解決に向けて「支援の基盤形成のための組織を作る」【指針9】**という強い意思を持って計画していったものである。

また、施設設立に向けて様々な立場の人に説明を重ね、多くの助言を参考にすることは、**日常的な意見交換や的確な調査に基づく地域づくりを目指す【指針10】**うえで重要なプロセスである。地域を構成する人々は当事者や福祉関係者だけではない。様々な人々の意見を聞き、協働を目指すことが**市民感覚を基盤とした地域づくり【指針3】**につながるのである。

以上の活動の結果として、地域の資源を活用し自分らしい生活を送っている当事者が増えることは、精神保健福祉士にとって意義のあるものである。一方、施設設立のプロセスや開設後の地域活動を精神保健福祉士が担うだけでなく、当事者の参画をいかに進めていくかも重要な課題である。地域で暮らす主体は当事者であり、**本人の希望に沿った社会資源を柔軟に作り出す【指針11】**ためにも当事者の参加や当事者の力を活用した地域活動が重要になる。

#### チェックポイント

- ネットワークを作る時には、当事者が必要としているものなのか考えていますか？
- 地域の特性を見ていく力を養っていますか？
- 自身の業務や所属組織の事業及び行政計画、社会福祉協議会の計画との関係を考察し、総合的な観点から地域ネットワークを把握していますか？
- 新規事業創設などの場合、所属組織の中で特別なプロジェクト体制を組んでいますか？
- 当事者、住民、行政など、地域を構成する全てを巻き込んで進めていくプロセスを大切にしていますか？
- 権利擁護の意識を強く持ち、住民に理解してもらえる言葉で伝えていますか？

## 業務名8

## 当事者との協働

## 定義

「支援する－支援される」という一方的な関係を常に検証し、当事者と協働する視点を持つ。ピア活動を行う個人や団体と活動を共にすることや、精神科医療のユーザー経験を強みとして事業所等に雇用されたピアスタッフ、ピアサポーター、ピアヘルパーなどと協働して新たな支援環境を創出する。

## 指針

- ◇本人が地域で豊かな人間関係を育むことを支援する【指針5】
- ◇生き方の多様性を認識し、かかわる【指針7】
- ◇支援の質を向上させる組織基盤を形成する【指針9】
- ◇本人の希望に沿った社会資源を柔軟に作り出す【指針11】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例：相談支援事業所に勤務するピアスタッフと共に働く事例

相談支援事業所に勤務する精神保健福祉士は、精神科病院からの地域移行・地域定着支援を担当するために雇用されたピアスタッフのHさんと一緒に働いている。Hさんは昨年まで同法人が運営する地域活動支援センターの利用者であったが、利用者からの人望も厚く、また本人の強い希望もあって週3日の非常勤職員として採用された。Hさんはコンディションが良い時には力を発揮してくれるが、調子を崩す時もあり精神保健福祉士がHさんの仕事の肩代わりをすることもある。また、相談支援事業所には地域移行支援事業のピアサポーターも働いているが、体調面で不安定な人も多い。精神保健福祉士は、どこまでピアサポーターに仕事を任せて良いものか迷う日々が続いている。

## ⇒状況分析と課題

近年、ピアサポートグループが普及し始めており、全国的な規模で研修会が開かれるなど活発な動きが見られる。また、ピア活動やピアサポートの有効性を活かした取り組みが「地域移行・地域定着支援事業」以降急速に広がりを見せるなど、地域で働く精神保健福祉士が当事者と協働する場面が増えてきている。事業所の内外を問わず精神障害を経験した人で「ピアの視点」を持つ当事者から学ぶべきことは多い。事例はピアスタッフに焦点を当てたものであり、ピアスタッフは当事者職員、メンバースタッフなどの呼称で事業所に雇用され、精神疾患を経験したことを強みとして職員として働いている【指針7】【指針9】【指針11】。ピアスタッフの有効性は、①利用者へのロールモデルとなりリカバリーを促進する【指針5】、②利用者のニーズに合ったリカバリー志向に向けたサービスへ変化する、③同僚や職員、専門職などがリカバリーを信じスティグマが減じるなど変化する、④ピアスタッフ自身のリカバリーがより促進される、⑤サービス提供機関・組織がリカバリー志向へ変化する、⑥ピアスタッフが障害をオープンにして地域で働くことにより精神障害者に対するスティグマが減じる、など社会が変革するとされている。

しかしながら、ピアスタッフは、サービスの受け手でもあり送り手でもあるという曖昧な立場から生じる様々な葛藤や苦悩を経験することが多い。また、利用者の立場とスタッフの立場の二重性から役割葛藤や混乱が生じていることもある。精神保健福祉士はこうしたピアスタッフの立場性を理解し、ピアスタッフがその力を発揮できるような体制や環境づくりを意識することが大切である。

### チェックポイント

- 「支援する－支援される」という関係を超え、パートナーシップを結ぶことの大切さを意識していますか？
- 当事者の中に存在する強み（ストレングス）を意識して支援を行っていますか？
- ピアサポートグループが生まれるような環境を事業所の中で育てていますか？
- 事業所内外を問わず、ピアサポートグループとの対等な関係を築けていますか？
- ピアスタッフを雇用する際に採用方法や採用基準を明確化していますか？
- 専門職の中にピアスタッフを取り込むのではなく相互に尊敬しあう関係性を構築していますか？
- ピアスタッフを複数配置し、安定した仕事量を設定していますか？
- ピアスタッフの役割及び責任を明確化していますか？
- ピアスタッフ固有の研修を設定していますか？
- 事業所の内外にスーパービジョン体制を確立していますか？
- ピアスタッフを中心としたリカバリー志向のチームづくりを行っていますか？

### ● ピアスペシャリストとは？ ●

世界の精神保健福祉が「リカバリー」を共通言語として様々な展開を見せている中で、そのキーパーソンとして「ピアスペシャリスト」が置かれ始めている。ピアスペシャリストとは精神保健福祉サービスの利用者でありサービスの送り手のことを指す。「『I am the Evidence』（私が証拠です）～ペンシルベニア精神保健福祉協会のキャンペーン～」というキャッチフレーズが示すように長年変えることのできなかつた医学モデル中心の伝統的な精神保健福祉を変革していく原動力として期待されている。同義語として「プロシューマー」がある。

## 業務名9

## 医療機関との連携

## 定義

疾患を併せ持つ精神障害の特性を踏まえ、地域における生活支援を確実なものとするために、精神科医療機関との有機的な連携・協働関係の構築を図る。

## 指針

- ◇本人の希望を応援し、地域での暮らしを支える【指針1】
- ◇支援の継続性を意識する【指針2】
- ◇医療機関との対等な関係を構築する【指針4】
- ◇重い障害がある人も地域で支え続ける【指針6】
- ◇生き方の多様性を認識し、かかわる【指針7】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例：医療機関と連携しながら危機的状況を支える事例

地域の就労継続支援B型事業所に通うIさんは、家族の支援も受けながら在宅で穏やかに過ごしていたが、相次いで両親が死去し生活は一変した。单身では日常生活における身の回りのことがうまくできないことから、食事や睡眠を適切にとれず、金銭管理や服薬管理も乱れがちになっていった。就労継続支援B型事業所には通所を続けていたものの、自宅は荒れ放題になり、徐々に独語空笑が目立つなど精神症状も再燃してきた様子であった。そこで、就労継続支援B型事業所の精神保健福祉士は、本人から生活の様子を聞いたうえで、外来受診に同行することとなった。主治医は休息入院を勧めたが、本人は住み慣れた自宅での生活を望み入院を強く拒んでいる。

## ⇒状況分析と課題

在宅で家族の支援を受けながら穏やかに生活できていても、親亡き後に日常生活・社会生活上の課題が顕在化する事例は多い。両親の死後、親族など身近な支援者も不在である場合には、地域の支援機関が精神科医療機関と連携・協働しながら支援関係を維持していく必要がある。

課題解決を図る際に、一時的な「休息入院」が有効に活用される場合もあるが、**生き方の多様性を認め重い障害があっても地域で支え続ける【指針6】【指針7】**視点も重要である。事例の場合、自宅での生活状況は乱れてきているが、住み慣れた自宅で本人なりに在宅の生活を維持してきている。本人は居宅生活の維持を強く希望しており、**その意思を尊重した継続的な支援体制の構築【指針2】**が必要となる。

## チェックポイント

- まずは自宅を訪問し、居宅生活の実情や経済状況等を把握するとともに、本人ができていることや必要な支援に着目して、本人の希望や意思を確認しながらアセスメントしていますか？

- 医療機関への受診同行の際は、主治医に本人の生活状況などを正確に伝えるとともに、地域の機関としての支援方針を伝え連携を図っていますか？
- 病院の医療福祉相談室や地域連携室などと情報を共有し、連携・協働を図っていますか？
- 本人同席のケア会議を開催して、保健・医療・福祉の関係者を招集し、ケアプラン（個別支援計画）を再検討するとともに、包括的な支援体制を構築していますか？
- 居住地の保健所や市役所など公的機関によるサービス、訪問看護ステーションなどの医療サービス、地域の支援機関による相談支援・日中活動系サービスなどの利用可能な資源を吟味し、必要に応じて連携していますか？
- 日中活動系サービスを通じた仲間やピアサポーター、近隣のインフォーマルな支援者の存在を確認していますか？

## 業務名10

## 事業の運営・管理

## 定義

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、関連法令を遵守し各事業体の理念に則した事業計画を立案し推進する。また、事業を円滑に行い支援の質を向上させるための的確な業務分析と適切な人事配置、労務管理を行うことにより持続可能な組織基盤を形成する。

## 指針

- ◇支援の質を向上させる組織基盤を形成する【指針9】
- ◇人・もの・金を意識して事業を経営する【指針12】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例：業務が重複した精神保健福祉士

精神保健福祉士のJさんは社会福祉法人に勤務して4年目になる。Jさんの職場は多機能型で職員は15名体制であり、Jさんは通常の利用者支援のほかに後輩の指導などの役割も担っている。また、請負作業や事務仕事の量が多く、Jさんは、つねづね「自分は精神保健福祉士なのに、なぜ請負作業や事務仕事をこんなにたくさんしなくてはいけないのだ。利用者さんと余裕を持って対応できない」と考えていた。

ある時、法人内で新しいプロジェクトが開始され、Jさんがそのプロジェクトのメンバーとなった。利用者の対応や後輩への指導に加えて、プロジェクトの仕事も行うことになったJさんは多忙を極め、仕事のミスが重なってきた。上司はこの状態についてJさんと話し合うとともに、職場全体に影響することであったので、職員会議でも議題に取り上げ話し合った。

## ⇒状況分析と課題

社会福祉法人の運営の目的の一つは**事業所の運営である【指針12】**。**支援の基盤形成のための組織を作る【指針9】**のために、経営状況によっては先駆的事业を行う場合がある。その際に各事業体から今後の法人運営を担う人材をプロジェクトに登用する場合もある。Jさんは入職して4年目であるが、今後を期待される人材としてプロジェクトメンバーに抜擢されたものの、あまりに忙しすぎて相談支援業務に支障が出てきた状態である。企業や大規模な組織では、管理運営や事務業務は専門の部門が設置されているが、障害者総合支援法に基づく事業所の多くは、管理職から一般の職員まで、運営と事務を兼任しているところが多い。その結果、業務の煩雑さや過重労働に陥るリスクも高く、業務量やその負担の程度に関して、事業所の中で話しやすい環境を作っておくことが望ましい。

事例では、現実的に仕事上のミスが発生している状況なので、業務量やその配分が妥当かどうか、Jさんが仕事を抱え込み疲弊してきていないか、周囲は目を配る必要がある。上司や管理者が本人と確認し、必要に応じJさんの仕事を他の職員が行うなど、業務の見直しや人材配置の検討が必要である。

### チェックポイント

- 当事者や家族、市民の幸福追求が事業の目的ですが、その事業を進めるための職員の業務管理やストレスマネジメントを組織全体で考えていますか？
- 職場のメンタルヘルスやストレスケアを意識して働いていますか？
- 職場の内外でスーパービジョンを受ける体制はありますか？
- 経験年数に応じた研修を受け、知識・技術などの向上を図っていますか？
- 目的に合った事業を行っているか、業務に無駄や重複はないか、誰が担当するのが適当な事業や業務なのか、これらについて客観的に評価し、検討していますか？

### ● 基準について ●

障害者総合支援法では、法律で運営基準・人員基準が規定されている。法人でコンプライアンス（法遵守）を大切にしながら事業を遂行するためには、その内容を詳細かつ正確に把握することが必要である。例えば人員基準としては、管理者、サービス管理責任者、職業指導員、生活指導員、世話人などがあり、それぞれに期待される役割や位置づけは大きく異なる。

制度の仕組みを理解することは、自らの事業主体の理念やミッションを具現化するために必要なだけでなく、職場の条件や環境の強みと弱みの評価を踏まえて最適化を図ることで、利用者へのより良い支援や効率的運営につながる。

# 2 医療分野における業務指針

## 1 はじめに～医療分野の動向及び精神保健福祉士を取り巻く現状～

医療機関には国家資格化される前から、精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW）が存在していた。日本の精神保健福祉の状況が入院治療中心の体制であった時代にも、人権擁護の立場から精神障害者の社会復帰に向けた取り組みを行い、医療機関における福祉職として業務を開拓してきた歴史がある。

1997（平成9）年、国家資格として精神保健福祉士が誕生した背景には、精神障害者の多くが精神科病院に社会的な長期入院となっていた状況があり、精神障害者の社会復帰に関する相談支援業務を中心に担う専門職が必要であるという、PSW自身の声もあった。この経緯を踏まえれば、医療分野の精神保健福祉士の業務において、社会的な長期入院者の社会復帰に向けた地域移行支援は責務であり、絶対的使命であることは押さえておかなければならない。

この間、統合失調症を中心とする社会的な長期入院者への、社会復帰に向けた取り組みは進んできている。しかし、患者調査によると入院者数は十数年間33万人前後で横ばいの状況である。その背景の一つには、昨今の認知症高齢者の精神科入院の増加があり、新たな社会的入院として問題となっている状況がある。一方、外来者数はうつ病など気分障害と認知症を中心に急増している。これらの状況を含め、時代の流れとともに多様化するメンタルヘルスの課題が社会問題として取り上げられるようになり、医療機関には多様な課題を抱える人が訪れるようになった。医療機関の精神保健福祉士は、医療チームにおける多職種連携はもちろんのこと、地域社会を視野に入れた包括的な相談支援、ネットワークづくりが求められてきている。このように、社会情勢の変化とともに、精神保健福祉士を取り巻く環境も変化し、その影響は当然業務にも反映されてくる。

精神保健福祉士が所属する医療機関は、精神科病院、診療所、総合病院が中心となる。精神保健福祉士としての業務内容や形態は、所属する医療機関によっても異なる。医療機関は医療法により規定され、社会保険・診療報酬制度や精神保健福祉法等を軸に運営されている。2013（平成25）年の精神保健福祉法改正では、保護者制度が廃止され、医療保護入院においては家族等の同意が要件となった。また、医療保護入院者に対する早期退院促進のために、退院後生活環境相談員が精神科医療機関に配置され、その中心的役割を精神保健福祉士が担うことが期待されている。さらに、地域援助事業者との連携による地域移行体制整備が盛り込まれてきている。

医療機関に所属する精神保健福祉士は、専門職であると同時に、その組織の一員でもある。医療機関が組織として取り組む内容は、社会情勢の変化や制度・施策の影響を受け変化し、あわせて精神保健福祉士が担う業務も増加してきている。また、医療機関では機能分化が進み、救急医療や急性期、認知症、思春期、アルコールや薬物依存など対象や分野

が細分化され、それぞれに機能や役割が明確化されてきている。それに伴い、精神保健福祉士の狭義の業務も分業化され専門特化される傾向があり、一括りでその特徴を示すことは困難になっている。そして、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、業務内容も多様化してきている状況がある。さらに、医療機関が立地する地域によっても、精神保健福祉士に期待される内容は異なってくる。よって、精神保健福祉士が業務を考え遂行するにあたっては、クライアントのおかれた状況を把握することはもちろんのこと、同様に精神保健福祉士自身がどのような状況や環境にいるのか、自らの業務に影響を与えている制度・施策、地域、組織などの状況把握が不可欠なのである。

## 2 医療分野における精神保健福祉士の仕事の実際と大切にしていること

全ての人に等しく医療を受ける権利を保障し、その人にとってより良い生活を保障するために必要な支援を提供することが、医療分野における精神保健福祉士の役割である。精神保健福祉士はクライアントのこれまでの生活や、家族関係、経済的、職業的、教育的、文化的、宗教的背景など様々な心理社会的側面に焦点をおき、多側面からクライアントを理解し支援していく。それは、精神保健福祉士として、日常生活及び社会生活を切り口に支援を展開していくことでもある。医療分野の精神保健福祉士は、その人の生活の中に必要な医療を位置づけていく視点が必要となる。さらに、常に生活者の視点で支援を行うためには、他職種や地域関係者との協働が求められる。

医療機関は医師、看護師など医療職を中心とした専門職の集まりであり、医療の遂行を第一義とする場である。その医療機関に社会福祉学を学問的基盤とする精神保健福祉士が、なぜ存在するのか。そのことを常に自らに問いながら業務を行いたい。疾病と障害が併存する特性を持つクライアントに対し、医療的な側面からのアプローチだけでは、的確なアセスメントに基づく適切な医療は提供できない。また、医療の究極の目標でもある健康は、身体的にも、精神的にも、社会的にも全てが満たされた状態であることを考えると、クライアントを多面的に捉えた医療サービス提供が不可欠となる。適切な医療サービスを提供するために、多職種によるチームアプローチの有用性が認識されるようになった今こそ、精神保健福祉士は自らの専門性を言語化しチームの中で生かしていく必要がある。

医療機関における精神保健福祉士の業務は、相談室や病棟における個別支援業務、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、地域関係機関との連携業務、訪問支援業務など幅広い。これらの業務は一部法制化され、診療報酬にも反映されるようになってきている。この現状は、過去の精神保健福祉士の働きやその業務内容が評価されてのことである。その反面、制度化されていない業務については所属機関の裁量に委ねられることもあり、地域や機関ごとにその業務内容には違いがある。その違いを意識し、自分の所属する組織、地域にとって必要なものは何か、そこに福祉職である精神保健福祉士としての視点を生かしていきたい。所属機関が掲げる理念や、機関の機能を十分理解したうえで、クライアントの権利を守り、利益につながることを最優先する業務を遂行することは言うまでもない。しかし、そこにズレや課題が存在する場合には、業務を通し精神

保健福祉士の視点を主張し、現状を変えていくことも忘れてはならない。

さらに、精神科医療の特徴として、病状により判断能力が低下しクライアントの同意が得られないなかでの非自発的入院や、病状悪化時の隔離や行動制限による治療がある。精神保健福祉士がそれらに関する業務に携わる場合には、より人権意識を持ち、本人の権利をいかに擁護していけるかを考え続けなければならない。危機介入や救急対応の場面でも、精神保健福祉士は、まずはクライアントが入院に対して同意できるような説明や、かかわりを忘れてはならない。そして、緊急性があり非自発的入院に至った際も、非自発的な入院と強制的な治療は同義ではないという認識を持ち、入院後もクライアントの意思を確認しながら、かかわりを持ち続ける姿勢が大切となる。また、クライアントが入院治療に対して不服がある場合、じっくりと本人の話聞くことはもちろんのこと、退院請求・処遇改善請求など、強制治療下における権利行使の支援が行えているかの確認も必要となる。このような精神科医療の特徴を踏まえ、医療機関の精神保健福祉士は人権に関する感覚を常に意識し研ぎ澄まししながら、業務を遂行することが求められるのである。

ともあれ、どのような医療機関にしようと、どのような業務を行おうと、「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の一つであるといえる。また、医療機関において地域社会との接点を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をなくし、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ているのである。

### 3 実践上の指針

---

1. クライアントの思いや希望に寄り添う
2. 生活者の視点に基づいた、情報の収集・整理を行う
3. 心理・社会的視点を軸に、クライアントを多面的に理解する
4. 人権に配慮し、治療及び療養環境を調整する
5. ストレングス視点から、クライアントと協働して支援を考える
6. 多職種によるチーム医療において、福祉職としての専門性を発揮する
7. リハビリテーションにおいて、グループ力動を活用する
8. 入院医療サービスの提供のなかで、生活の連続性を保障する
9. 人権侵害としての社会的入院を解消する
10. 地域の関係機関と対等な関係を築き、支援ネットワークを形成する
11. 積極的・直接的介入において、最大限人権に配慮する
12. クライアントの利益のために、制度・組織を効果的に活用する

### 4 業務名

---

1. 受診・受療に関する支援
2. 情報収集・状況把握と課題整理
3. 入院における支援
4. 退院計画作成と制度活用
5. チームアプローチに基づく支援
6. リハビリテーションプログラムにおけるグループワークの実施
7. 救急・急性期医療における相談支援
8. 社会的な長期入院者への地域移行支援
9. 地域の関係機関との連携・調整
10. アウトリーチ・訪問活動
11. 組織の運営・管理への参画

## 5 業務指針

### 業務名1 受診・受療に関する支援

#### 定義

医療機関の受診・受療に対し、クライアントの気持ちを受けとめつつ、必要な情報を収集・整理し、適切な医療につなぐ支援を行う。

#### 指針

- ◇クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】
- ◇生活者の視点に基づいた、情報の収集・整理を行う【指針2】
- ◇心理・社会的視点を軸に、クライアントを多面的に理解する【指針3】

#### 具体例と指針に基づく状況分析

##### 事例：家族からの受診相談

精神科病院の受診・受療相談担当である精神保健福祉士に、「息子を入院させたい」と母親から相談の電話があった。状況を聞くと、息子は数年間ひきこもり状態であり、数日前から自室で大きな声をあげるようになったという。市役所の職員が、深夜の大声に対する近隣からの苦情を受け、自宅を訪ねてきたとのこと。そして、早く精神科病院に相談して対応したもらったほうがいいと言われ、近隣病院の電話番号のリストをもらったという。精神保健福祉士が勤務する病院の閉鎖病棟はベッドが満床となっている状況である。

##### ⇒状況分析と課題

精神科医療機関への受診・受療支援の第一報は、家族や関係者など本人以外からの相談である場合が多い。その際には、本人との関係や情報源の確認が不可欠である。初回相談では相談者の気持ちを受けとめつつ、誰が何に困っているのかを確認し、本人の状態や現在の状況など、正確な情報を集め整理しなければならない。ここでは、**生活者の視点に基づいた、情報の収集・整理を行う【指針2】**必要がある。さらに、**心理・社会的視点を軸に、クライアントを多面的に理解する【指針3】**よう努めることが大切である。不足情報があれば追加で情報を収集し確認する必要があるが、実際には限られた情報から緊急性を判断し、緊急性が高いと考えられた場合、所属機関における入院の受け入れの可否（入院のためのベッド空き状況）なども含め、相談者、関係者、他職種と相談していく必要がある。その際の留意点として、どのような状況や場面においても、まずは本人が精神科医療機関への受診・受療について十分に了解し得る方法を考え、**クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】**姿勢は忘れてはならない。そして、緊急性を評価し、その度合いに応じて、相談者と共に考えながら、対応策を分かりやすく提案していくことも必要となる。

**チェックポイント**

- 所属機関の機能のみにとらわれず地域住民の相談に応じているという認識を持っていますか？
- 本人が受診・受療について十分に了解し得る方法を考え、検討できていますか？
- 日頃から本人・家族を取り巻く社会資源・制度等の情報に対応できるように努めていますか？
- 「たらい回し」にならないよう配慮しながら、他の専門機関につないでいますか？
- 組織の一員であると同時に、専門職として何をすべきか考えて行動していますか？
- 精神保健福祉士としての見立てを組織内で伝え、適切な受診や受療の可否について調整できていますか？
- 対応に困った時は一人で抱え込まず、他のスタッフにも適宜相談できていますか？
- 援助関係を形成する技法として、バイステックの7原則を再確認しましょう。

● **援助関係を形成する技法（バイステック）** ●

- ①個別化（クライアントを個人として捉える）
- ②意図的な感情表出（クライアントの感情表現を大切にする）
- ③統制された情緒的関与（援助者は自分の感情を自覚して吟味する）
- ④受容（受けとめる）
- ⑤非審判的態度（クライアントを一方向的に非難しない）
- ⑥自己決定（クライアントの自己決定を促して尊重する）
- ⑦秘密保持（秘密を保持して信頼感を醸成する）

## 業務名2

## 情報収集・状況把握と課題整理

## 定義

生活者の視点に基づいた的確な情報収集を行い、「人と状況の全体性」「人と環境の相互作用」を踏まえ、心理・社会的側面から課題を整理・分析する。

## 指針

- ◇クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】
- ◇生活者の視点に基づいた、情報の収集・整理を行う【指針2】
- ◇心理・社会的視点を軸に、クライアントを多面的に理解する【指針3】
- ◇ストレンクス視点から、クライアントと協働して支援を考える【指針5】
- ◇多職種によるチーム医療において、福祉職としての専門性を発揮する【指針6】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例：精神科診療所での外来相談

精神科診療所に勤務する精神保健福祉士に、医師から「(外来通院者である) Aさんが働きたいと言っているので、どこか働く場を紹介してあげてほしい」と相談依頼があった。紹介されてきたAさんは20代。相談室に入りしばらく沈黙し「家にいると親から『少しでも外に出たらどうか』と言われるので…」とうつむきながら小さな声でつぶやいた。話を聞いていくと、Aさんは、高校卒業後に発病し入院歴があり、アルバイトを含め今まで働いた経験はない。本当は大学に行きたいという夢を持っていることが分かってきた。

## ⇒状況分析と課題

医療機関における精神保健福祉士の相談は、本人の希望により行われる場合もあれば、医師など他職種の依頼によって行われる場合もある。依頼相談の場合、依頼内容と本人が実際に相談したい内容とが異なる場合があることを認識しておく必要がある。面接場面では本人の言語・非言語的表現を観察しながら面接技術を駆使し、支援ニーズのみならず、本人を多側面から理解する姿勢が求められる。そして、相談内容に含まれる日常生活、社会生活に関すること、家族関係や他者との人間関係などの情報を得ながら、課題整理のうえで心理社会的アセスメントを行う。ここでは、生活者の視点に基づいた、情報の収集・整理を行う【指針2】ことや、心理・社会的視点を軸に、クライアントを多面的に理解する【指針3】ことが重要となる。

さらに、クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】ことで、本人が自らの夢や希望について話せるような関係を構築することを忘れてはならない。そのようななかのなかで、ストレンクス視点から、クライアントと協働して支援を考える【指針5】ことが大切となる。加えて、必要に応じて心理社会的背景が病状に影響を与えそうなことがあれば、医師と連携しながら、治療にも生活の視点を反映できるような提案をしていくような、多職種によるチーム医療において、福祉職としての専門性を発揮する【指針6】ことも求められる。

### チェックポイント

- 面接技術を活用しながら、本人の思いを丁寧に聴けていますか？
- 表出されたニーズと潜在的なニーズの違いに気づき、見極めることができますか？
- 本人が言語化した夢や希望を大切にしながら、自己決定支援につながるようにかかわることができていますか？
- 単にサービスを当てはめるような、調整のためのアセスメントになっていませんか？
- ストレングス視点からのアセスメントができていますか？
- 収集した情報を整理するために国際生活機能分類（ICF）などを活用してみましょう。

#### ● 国際生活機能分類（ICF） ●

2001年、国際生活機能分類（ICF）がWHOで採択された。ICFは健康状態を生活機能として構造的に捉えるモデルである。ICFの構成要素は、①心身機能と構造、②活動、③参加であり、背景因子として、④環境因子、⑤個人因子がある。この背景因子は、生活機能を支える際にも、障害となる際にも全体に影響を与える。これらが、障害として表面化する時は、①機能障害、②活動制限、③参加制約という構造となる。ICFでは生活機能及びその障害は5つの要素の交互作用から生じる構造となっており、bio-psycho-socialアプローチとして多側面から捉えることが重要となる。さらに、ICFの概念枠組みは人間と環境との相互作用モデルとなっており、ソーシャルワークの定義とも重なり、生活の複合的要素が交互に関連し合っていることを押さえておく必要がある。

## 業務名3

## 入院における支援

## 定義

入院治療が必要な人及びその家族等に対して、安心して治療や問題解決に取り組めるよう療養環境の調整を行うとともに、それに伴う諸手続きの支援を行う。

## 指針

- ◇クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】
- ◇心理・社会的視点を軸に、クライアントを多面的に理解する【指針3】
- ◇人権に配慮し、治療及び療養環境を調整する【指針4】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例：入院相談と諸手続き

Bさん(60代)は団地内を夜通し徘徊しているところを、民生委員に保護され来院した。そして、診察の結果、入院加療が必要ということになった。しかし、Bさんは話のつじつまが合わず混乱しており、任意入院は難しい状況であった。精神保健福祉士は福祉事務所に連絡を取り、親族の状況を確認した。Bさんは同居していた母親を10年前に亡くし、その後は団地で生活保護を受けながら一人暮らしをしていた。親族として姉がいたが、母親の死後、本人が姉と会うのを拒否し、10年来やりとりは行われていないようであった。福祉事務所の協力もあり、姉と連絡が取れ、ずっと心配していたという姉が病院へ駆けつけてくれた。10年ぶりに会うBさんの姿に、姉は愕然としていた。精神保健福祉士は姉の気持ちや察し声を掛けつつも、入院手続きについて説明しなければならない状況であった。

## ⇒状況分析と課題

精神科医療機関への入院は本人の意思による入院ばかりとは限らない。精神症状が顕著になると、自ら医療を求めることさえも難しくなることもある。そのような場合、家族、近隣住民など、周囲からの働きかけにより入院を勧められ、精神保健指定医の診察のうで非自発的入院になることがある。この非自発的入院が考えられる場合でも、精神保健福祉士はクライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】なかで、本人の意思決定を最大限配慮しつつ、任意入院の可能性を探り検討することを忘れてはならない。

また、本人、家族が抱える不安や戸惑いを理解したうえで、安心して医療サービスを受けることができるよう、出会いの瞬間から信頼関係の構築を心がける必要がある。そのためには、心理・社会的視点を軸に、クライアントを多面的に理解する【指針3】ことは欠かせない。そして、医療機関の役割や機能を説明し、この入院が病状改善のみならず、現状の課題を整理し、調整するためのものであることが理解されるよう努めなければならない。また、本人の権利擁護の視点はもちろん、家族や関係者の不安やストレスを理解し配慮したうえで、事務手続きや法律、制度について十分な説明をし、状況に応じて手続きを行うための支援も視野に入れてかかわる必要がある。このように、本人のみならず家族も含めかかわる人たちの人権に配慮し、治療及び療養環境を調整する【指針4】ことが精神

保健福祉士にとって大切な視点となる。

**チェックポイント**

- 相手の状況や状態を見極め、適切な声かけと分かりやすい説明ができていますか？
- 医療機関や精神保健福祉士が提供できる役割や機能を説明できていますか？
- 情報提供の目的と必要な情報量を吟味し、状況に応じた手続き支援が行えていますか？
- 非自発的入院が考えられる場合でも、任意入院の可能性を探り検討できていますか？
- 非自発的入院においても本人の意思決定を最大限に配慮する姿勢を持っていますか？

● **総合病院救急センターにおける自殺未遂者への相談支援の実際** ●

**Cさんへの支援**

Cさんは精神的に不安定となり、処方薬を多量服用し救急センターに搬送されてきた。救急センターでは身体症状に対する治療が最優先されるため、これまでの支援計画や生活情報が対応に反映されにくい現状がある。精神保健福祉士はこの点を考慮し、地域関係機関と連携を取り、治療計画、退院計画に反映させ、精神保健福祉士としての視点をチームに示していくことが必要となる。

**Dさんへの支援**

Dさんは精神症状から自ら灯油をかぶり焼身自殺を図った。救急センターに搬送され、命は取り留めたものの、全身受傷した状態であった。救命救急での処置は終わり、退院支援の段階で精神保健福祉士がかかわることになった。ここでは、精神保健福祉士が、精神疾患のみならず、身体的な後遺症の合併について理解することが必要となる。入院前のADLと退院時のADLについて評価を行いサービスや支援計画を具体的に調整しなければならない。

**Eさんへの支援**

Eさんは自宅マンションから飛び降り、救急センターに搬送されてきた。治療の結果、一命は取り留めたものの、下肢に麻痺が残った。社会復帰を視野に入れた退院支援では、継続的な精神科治療だけでなく、身体的なリハビリテーションも不可欠であった。そこで、精神保健福祉士は、複数のリハビリテーション病院に転院相談を行った。しかし、Eさんの病状を伝えると、精神科疾患の対応が困難とのことで受け入れを断られてしまった。現状での自宅退院は不可能であり、精神科疾患の対応ができ、かつ身体的リハビリテーションを目的に入院できる関係機関について情報を集める必要がある。このように、精神保健福祉士は院内各職種のみならず、地域関係機関との連携を取りながら今後の展開を検討していく必要がある。

## 業務名4 退院計画作成と制度活用

## 定義

クライアントの希望を中心に据えた退院計画を立案し、本人・家族を含む支援関係者で各々の役割、責任、支援過程を共有し、退院後の地域生活の実現を目指す。

## 指針

- ◇クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】
- ◇ストレングス視点から、クライアントと協働して支援を考える【指針5】
- ◇多職種によるチーム医療において、福祉職としての専門性を発揮する【指針6】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例：長期入院者の退院計画

精神科病院に20年間入院しているFさんが、関係者の働きかけにより具体的に退院の方向で動き始めた。Fさんの退院について、関係者と家族の間では、長期入院による生活能力の低下や、服薬中断による再発を心配し、グループホームへの入居と週4回のデイケア、週1回の訪問看護の利用を検討していた。ある日、Fさんが精神保健福祉士に「本当はアパートで一人暮らしがしたい」と打ち明けてきた。

## ⇒状況分析と課題

退院計画作成の重要なポイントは、クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】なかで、本人の持つストレングスに着目し、本人の希望を中心に据えることである。特に長期入院者の退院計画では、家族や関係者の不安や心配から、保護的な支援体制になる傾向がある。精神保健福祉士は家族の不安は受けとめつつ、支援者側の不安に起因する窮屈な退院計画になってしまわないよう、かかわりのなかで本人の希望を引き出し、ストレングス視点から、クライアントと協働して支援を考える【指針5】ことが重要となる。さらに、その声を退院計画に反映させるような工夫が求められる。そのためにも、本人にケア会議に参加してもらい、本人が直接関係者に気持ちを伝える機会を作り、本人の声を届けチーム全員で情報を共有するための環境設定も欠かせない。

また、本人の希望に基づくプランの実現にあたっては、地域で活用できるフォーマル、インフォーマルな社会資源についてさらなる具体的情報を把握するよう努める必要がある。情報を把握していない場合には、利用者と共に社会資源の見学などを行い、本人の自己決定を尊重しながら退院計画を考えていくことが求められる。そのうえで、支援者として不安や心配がある場合には、本人にその不安や心配を素直に伝えることも必要である。最終的には本人、家族、関係者の意を形成し、退院に向けて動いていくことが重要となる。これらは、多職種によるチーム医療において、福祉職としての専門性を発揮する【指針6】ことである。

**チェックポイント**

- 本人の夢や希望を軸に、退院計画を作成していますか？
- 退院にあたっての本人の不安を受けとめられていますか？
- 本人の声を支援に反映させるための工夫ができていますか？
- 本人の取り組みを、家族や関係者に適切に伝えることができますか？
- 退院計画が支援者側の視点に偏っていませんか？
- 支援者側の不安や心配と、利用者の不安とを混同していませんか？

● **社会資源利用の留意点** ●

社会資源の利用については、その必要性の有無が十分に検討されなければならない。その際、必要がないという判断に至った場合には、サービスを利用しないという選択肢があることも忘れてはならない。支援者側の都合のみで、法人内の社会資源（デイケアや訪問看護、同一法人の施設等）で本人の生活を固めることのないよう留意しなければならない。しかし、フォーマルな社会資源が乏しい地域の場合には、医療機関が生活支援も担わざるを得ないこともある。その場合には、精神保健福祉士は、地域における「患者管理」にならないように、本人の視点を意識することが必要である。

## 業務名5 チームアプローチに基づく支援

## 定義

支援にかかわる多種多様な人たちがチームを形成し、支援の目的と情報を共有し、連携しながらそれぞれの専門性に基づく機能・役割を発揮し、状況に応じた支援を提供する。

## 指針

- ◇クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】
- ◇生活者の視点に基づいた、情報の収集・整理を行う【指針2】
- ◇ストレングス視点から、クライアントと協働して支援を考える【指針5】
- ◇多職種によるチーム医療において、福祉職としての専門性を発揮する【指針6】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例：病棟でのカンファレンス

精神科病院に入院中のGさん（70代）は、定期的に「お金が盗まれているかもしれない」と精神保健福祉士に訴えてきていた。Gさんは20代の頃、銀行で働いており、長年一人で生活をされていた方である。精神保健福祉士は本人との面接の中で自宅外出の希望を聞き、他職種にカンファレンスの開催を提案した。そこでは、カルテを見ながら事実情報をもとに各職種がGさんについてのアセスメントと方針を伝え合う場となった。ここ数か月歩行困難な状況で外出できていないこと、身体症状の訴えもあり精神科薬の調整を行っていること、作業療法への参加が不定期になっていることなど、各職種から状況が伝えられた。精神保健福祉士はGさんの職歴を紹介しつつ、現実的に自宅で何か心配事があるのではないかと発言した。その後、月末になると定期的に不調の訴えが聞かれていることが議論の中で明確になっていった。途中から参加したGさんは自宅外出を希望したが、歩行困難を理由に他職種が難色を示した。

## ⇒状況分析と課題

医療機関における本人へのアプローチは、治療・看護・支援など各側面から様々な専門職によって行われている。精神保健福祉士は多職種によるチーム医療において、福祉職としての専門性を発揮する【指針6】ことが求められる。

治療が第一義的な目的となる医療機関において、医療専門職の中で福祉職としてチームに参加することは、クライアント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。医学的な問題に偏ることなく、クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】なかで、心理的・社会的側面を含めた包括的な取り組みをチーム内で共有することが重要である。そのためにも、日々のかかわりの中で生活者の視点に基づいた、情報の収集・整理を行う【指針2】よう努めなければならない。また、ストレングス視点から、クライアントと協働して支援を考える【指針5】ことを念頭におき、方針決定にあたっては、患者・家族の参加が原則であることは忘れてはならない。そして、チーム構成員が相互に専門性を尊重し合い、専門的基盤による立ち位置を理解したうえで、時にチーム内の力動関係をも

活用しながら、適切な介入と調整を図るよう心がける必要がある。そのためには、福祉職としての視点を、共通言語を用いて伝える技術が不可欠である。このように、医療機関の精神保健福祉士は、多職種によるチーム医療の充実が患者に提供される医療、福祉の質を向上させるといった意識を常に持つことが大切なのである。

#### **チェックポイント**

- 他の各職種の役割と機能を認識していますか？
- 自らの専門性について、チーム内で実践を通して伝えられていますか？
- チーム内での共通言語を確認していますか？
- カンファレンスを効果的に活用できていますか？
- カンファレンスの場で福祉職としての専門性を発揮できるよう努めていますか？
- 本人・家族をチームの主体としてとらえ、チームに参加してもらうよう工夫していますか？

## 業務名6 リハビリテーションプログラムにおけるグループワークの実施

### 定義

グループ力動を活用しながら個と集団の関係を把握し、精神科デイケアなど集団場面におけるリハビリテーションプログラムでグループワークを実施する。

### 指針

- ◇クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】
- ◇心理・社会的視点を軸に、クライアントを多面的に理解する【指針3】
- ◇多職種によるチーム医療において、福祉職としての専門性を発揮する【指針6】
- ◇リハビリテーションにおいて、グループ力動を活用する【指針7】

### 具体例と指針に基づく状況分析

#### 事例：デイケアのスポーツプログラム

精神科デイケアに勤務する精神保健福祉士はスポーツプログラムを担当している。今年、地域の大学生とバレーボール交流会を開催することになった。その企画を進め交流会も近づいていたある日、中心になっていたメンバーHさんが急に「交流会に参加したくない」と言い始めた。Hさんの不参加表明に、他のメンバーは困惑し、その日の活動は途中で中止となってしまった。精神保健福祉士はHさんと個別で相談の場を設けた。話を聞いていくと、親から参加を反対されたことが分かった。そして、親の反対理由は交流会に参加する大学に親戚の子どもが通っているということだった。

#### ⇒状況分析と課題

精神科デイケアにおけるスポーツプログラムの目的と手段、交流会の目的と意義について確認し、精神科リハビリテーションの観点から、Hさんのデイケア参加の目的について考える必要がある。そして、グループの場面で起こったことについても、個別援助と集団援助の両面から対応することが重要である。個別支援では、Hさんの発言の背景にある家族との関係や家族の疾病理解、さらに地域での精神障害者への偏見に対する家族の不安についても視野に入れておく必要がある。つまり、クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】なかで、心理・社会的視点を軸に、クライアントを多面的に理解する【指針3】ことが重要となる。

また、集団援助においては、Hさんの不参加表明により広がったメンバーの困惑をグループ内で対応することも、グループ力動を考えると重要なポイントとなる。つまり、集団場面で起こったことは、参加している個々のメンバーやグループ全体に影響を与えることを意識し、個と集団の影響性について視野に入れることが大切なのである。ここでは、リハビリテーションにおいて、グループ力動を活用する【指針7】ことが求められている。さらに、今回のエピソードをプログラム担当スタッフのみならず、デイケアスタッフ間で情報と課題の共有を行い、必要に応じてデイケア全体（メンバー及びスタッフ）に課題を投げかけ考える場を設けることもグループワーク視点を活用した支援の一つとなり、多職

**種によるチーム医療において、福祉職としての専門性を発揮する【指針6】** ことにもつながる。

**チェックポイント**

- グループワークが単なるプログラム運営になっていませんか？
- グループの目的と手段を確認していますか？
- 本人のみならず、家族や地域も視野に入れ実践を展開していますか？
- グループ内の個人、個人のグループ内外での人との関係、グループ全体、関連する個と集団の関係を把握できていますか？
- グループワークと個別支援の両面から対応していますか？
- グループ内、スタッフ間で振り返りの場を設け、自己点検、相互点検できていますか？
- グループワークの原則や展開過程を再確認しておきましょう。

● **グループワークの原則（コノプカ）** ●

- ①メンバーの個別化
- ②グループの個別化
- ③メンバーの受容
- ④ワーカーとメンバーの意図的な援助関係
- ⑤メンバー同士の協力関係の促進
- ⑥必要に応じたグループ過程の修正
- ⑦メンバーの能力に応じた参加を奨励し、能力向上の援助
- ⑧問題解決過程へのメンバー自身の関与
- ⑨葛藤解決の経験
- ⑩新しい諸経験の機会
- ⑪制限の活用
- ⑫プログラムの意図的活用
- ⑬継続的評価
- ⑭グループワーカー自身の活用

● **グループの展開過程（シュワルツ）** ●

- ①準備期（波長合わせ） → ②作業期 → ③展開期 → ④終結期

## 業務名7 救急・急性期医療における相談支援

## 定義

精神科救急・急性期医療の役割・機能を認識しつつ、クライアントの生活の連続性を保障し、かつ生活の再構築の機会となるよう相談に応じ、今後の必要な支援につなげていく。

## 指針

- ◇クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】
- ◇生活者の視点に基づいた、情報の収集・整理を行う【指針2】
- ◇心理・社会的視点を軸に、クライアントを多面的に理解する【指針3】
- ◇入院医療サービスの提供のなかで、生活の連続性を保障する【指針8】
- ◇地域の関係機関と対等な関係を築き、支援ネットワークを形成する【指針10】
- ◇クライアントの利益のために、制度・組織を効果的に活用する【指針12】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例：精神科救急病棟における退院調整

精神科救急病棟に勤務する精神保健福祉士は、日々入退院の手続き等で多忙な毎日を送っている。担当する病棟には診療報酬上の規定に伴い、3か月以内で退院という目標がある。そして、在院日数の調整も精神保健福祉士の業務の一つとなっている。ある日、路上生活を送っていたIさんが措置入院により入院してきた。病状は1か月ほどで落ち着き措置解除となったが、退院先をめぐって調整が難航した。関係機関は施設入所を勧めるものの、Iさんは「施設はいやだ。施設に入るくらいなら路上生活に戻る」と言っている。そのうち2か月が過ぎ、病棟管理者や他職種から精神保健福祉士が退院を迫られる状況になった。

## ⇒状況分析と課題

病院組織は診療報酬制度を中心に運営されている。よって組織運営のためには、一定の基準（ベッド稼働率・回転率、在宅移行率など）を満たす必要がある。そして、効率のよい入退院調整役が精神保健福祉士に期待される状況もある。そのような状況において、特に精神科救急病棟を担当する精神保健福祉士は、周囲からの求められる役割と、精神保健福祉士が福祉職として担うべき機能との間に齟齬が生まれ、葛藤を抱いている状況がある。さらに、精神保健福祉士が本人、関係機関、病院組織の間で立ち位置に迷い、戸惑ってしまう状況がある。しかし、ここで忘れてはならないのは、利用者主体の原則である。

精神保健福祉士はクライアントの利益のために、制度・組織を効果的に活用する【指針12】視点を常に持ち続けなければならない。救急・急性期であっても精神保健福祉士のかかわりの視点は変わることはない。クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】こと、生活者の視点に基づいた、情報の収集・整理を行う【指針2】こと、心理・社会的視点を軸に、クライアントを多面的に理解する【指針3】ことで、これまでの生活課題と今後の生活を視野に入れ、入院医療サービスの提供のなかで、生活の連続性を保障する【指

**針8】** よう心がけ、時に生活の再構築の機会となるよう検討する必要がある。加えて、精神保健福祉士としてのアセスメントを他職種に伝えつつ、限られた入院期間において可能な支援は何かを考えていくことが重要となる。そして、入院期間内に全ての支援が難しければ地域関係者につなぐ役割が求められている。その意味で、救急・急性期医療における精神保健福祉士業務では、**地域の関係機関と対等な関係を築き、支援ネットワークを形成する【指針10】** ことにより、より幅広い地域関係機関との連携が不可欠となるのである。さらに言うなら、限られた期間内で状況に応じたかかわりや、他職種・他領域の支援者との連携など、臨機応変な対応と創意工夫が相談支援において求められているのである。

### チェックポイント

- 単なる入退院の調整者としての役割のみになっていませんか？
- 本人や家族と直接会い「かかわり」の視点を持っていますか？
- 精神保健福祉士としての心理社会的アセスメントを、他職種に伝えられていますか？
- 精神科救急病棟の精神保健福祉士の役割と機能について認識していますか？
- 業務上で生じた矛盾や葛藤について、自己点検・相互点検できていますか？
- 入院を本人・家族の生活の再構築の機会にできていますか？
- 必要に応じて今後の支援を適切な機関や支援者につないでいますか？

### ● 退院後生活環境相談員を担う精神保健福祉士の責務 ●

2013（平成25）年の精神保健福祉法改正では、医療保護入院者の退院支援に関する措置として、退院後生活環境相談員が設けられた。退院後生活環境相談員とは、医療保護入院者が可能な限り早期に退院できるよう、退院後の生活環境についての相談に応じ、多職種連携や地域関係機関との調整を行う者である。そして、精神保健福祉士がその中心的役割を担うことを期待されている。

医療機関における精神保健福祉士は、これまでも全ての入院者に対して、入院時より主体的にかかわりを持ち、入院に至った経緯から社会的背景、環境因子を探り、本人の思いや希望に基づく退院後の生活環境を、本人と共に考えてきているはずである。その意味では、退院後生活環境相談員が法律上位置づけられたことは、生活者の視点による精神保健福祉士のかかわりの内容やプロセスが重要視され、それらを多職種間で共有し、地域関係者に丁寧につないでいく流れが再確認されたといえる。

我々精神保健福祉士は、これまでの取り組みを継続しつつ、退院後生活環境相談員としての役割を担う自覚を持ち、その責務を全うするよう努めなければならない。

## 業務名8 社会的な長期入院者への地域移行支援

### 定義

社会的入院を人権侵害として捉え、クライアントが希望する地域で望む生活を過ごせるように支援し、精神障害者の社会的復権を実現する。

### 指針

- ◇クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】
- ◇ストレングス視点から、クライアントと協働して支援を考える【指針5】
- ◇人権侵害としての社会的入院を解消する【指針9】
- ◇地域の関係機関と対等な関係を築き、支援ネットワークを形成する【指針10】

### 具体例と指針に基づく状況分析

#### 事例：長期入院者からの一言

精神保健福祉士が担当となった病棟には、社会的な長期入院と考えられる方が多く入院していた。地域移行支援施策の流れを踏まえ、精神保健福祉士は意気込んで退院支援計画を検討していった。そんな時、病棟で長年勤めているスタッフから「退院できる人は、すでに退院させている」「地域に受け皿がないから退院支援ができない」と言われてしまった。さらに、35年間入院しているJさんに退院について話しかけると「退院させないでください」と懇願されたのである。精神保健福祉士はJさんの切実に訴える表情を見て困惑してしまった。

#### ⇒状況分析と課題

社会的長期入院者の地域移行支援では、全ての人に退院の可能性があるという当たり前の認識を持つことが大切である。ここでは入院している個人のみならず、個人に焦点を当ててではなく、人と状況の全体性という視点から、歴史的背景を踏まえ全ての入院されている人の地域移行支援を検討し、**人権侵害としての社会的入院を解消する【指針9】**という姿勢が求められる。社会的入院は我が国の社会問題であるという認識が必要である。そのうえで、目の前にいる**クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】**なかで、「退院したくない」と表出された言葉の裏にある不安を受けとめなければならない。

さらに、**ストレングス視点から、クライアントと協働して支援を考える【指針5】**ことが大切である。そして、タイミングを見計らいながら、適切な情報を届ける必要がある。その際、フォーマルな社会資源だけでなく、インフォーマルな社会資源に目を向けることも忘れてはならない。また、長期入院者の地域移行支援にあたっては、個別支援と併せて精神障害を持っていても暮らしやすい地域づくりを行う必要がある。そのためには、地域相談支援事業所等との連携が必須である。つまり、**地域の関係機関と対等な関係を築き、支援ネットワークを形成する【指針10】**ことが重要となる。長期入院により関係が固定化された病院スタッフには言えない場合でも、地域の支援者には、「退院したい」という本音をこぼせる場合もある。全ての入院患者に対して地域相談支援事業を周知し、地域相

談支援事業者が病棟に入りやすいような環境整備をしていくことも、医療機関の精神保健福祉士の業務として求められているのである。

### チェックポイント

- 社会的な長期入院者の退院の可能性を信じ、かかわりを継続する姿勢を持っていますか？
- 身近な社会資源のみを想定し、画一的な退院支援になっていませんか？
- 一人ひとりが希望する退院後の生活に合わせたオーダーメイドの支援を考えることができますか？
- 地域の関係者が病院内に出入りできるよう環境整備を心がけていますか？
- 地域の関係者と連携を取りながら、様々な方向から長期入院者へアプローチしていますか？

### ● 精神保健福祉士として譲れないこと ●

社会的入院者が多く入院している精神科病院では、「療養」という名のもとに退院のチャンスすらないまま、高齢に伴い院内で亡くなる患者さんたちが多数存在する。

私たちは「クライアントの社会的復権・権利擁護と福祉のための専門的・社会的活動を行う専門職」である。そのため、私たちは、患者さんの思いに耳を傾け、その思いを中心に支援を行っている。本人の希望する場所への「退院」を検討し、その実現のために何が必要なかを必死に考え、行き詰まったら自分で抱え込まず、周りの人に助けを求め、地域生活の可能性を追求し続けなければならない。

精神保健福祉士と名乗る以上、我々には譲れないことがある。患者さんの「生の営み」を支援するために、あらゆる可能性を検討し、諦めずに工夫し続けることが必要なのである。

## 業務名9 地域の関係機関との連携・調整

## 定義

クライアントの望む生活を実現するために、地域の関係者と連携しながら必要な支援を柔軟に提供するとともに、精神障害を持っていても生活しやすい地域づくりを推進していく。

## 指針

- ◇クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】
- ◇地域の関係機関と対等な関係を築き、支援ネットワークを形成する【指針10】

## 具体例と指針に基づく状況分析

事例：複数の支援ニーズを抱える人への対応

Kさん（70代）は、統合失調症に加え下肢麻痺があり、病棟では車イスを利用している。この間、認知症の症状も出現し、特別養護老人ホームへの入所申し込みをしているが、本人は元々生活していた地域で単身生活することを希望している。Kさんがこれまで生活していた地域は交通の便が悪く、精神科医療機関までの単独での通院やデイケア通所は困難な状況である。現在のところ、特別養護老人ホームへの入所の見通しは立っていない。

⇒状況分析と課題

多様な側面を持つクライアントの生活を、医療サービスだけで支えることはできない。本人が望む生活を実現するためには、医療機関のみで抱え込まず、相談支援専門員や介護支援専門員等と連携し、柔軟な支援体制の構築が不可欠である。クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】なかで明らかになった課題については、医療機関だけで検討するのではなく、地域の協議会等の公的な場で地域課題として地域の関係者と共有し、地域づくりへとつなげていく姿勢が求められる。そのためにも、日々の業務において日常的に地域の関係機関と対等な関係を築き、支援ネットワークを形成する【指針10】ことが重要なのである。

## チェックポイント

- 本人の望む生活の実現のための連携となっていますか？
- 精神障害以外の障害・疾病への支援領域、高齢者領域など多様な社会資源に目を向けることができているか？
- 日常から多様な地域の支援関係者とコミュニケーションを取れていますか？
- 必要な時に、円滑な連携をできるように関係づくりを行っていますか？
- 精神保健福祉士法に規定されている連携の義務や、公益社団法人日本精神保健福祉士協会の倫理綱領にある連携の責務を再確認しておきましょう。

● 精神保健福祉士法 ●

連携等

第41条

精神保健福祉士は、その業務を行うに当たっては、その担当する者に対し、保健医療サービス、(略)障害福祉サービス、地域相談支援に関するサービスその他のサービスが密接な連携の下で総合的かつ適切に提供されるよう、これらのサービスを提供する者その他の関係者等との連携を保たなければならない。

● 公益社団法人日本精神保健福祉士協会 倫理綱領 ●

倫理原則

2. 専門職としての責務

(5)連携の責務

精神保健福祉士は、他職種・他機関の専門性と価値を尊重し、連携・協働する。

● 広域の社会資源情報の必要性 ●

大学病院や国公立病院等の地域の中核病院には、遠方からの入院・外来の利用がある。そのため、精神保健福祉士が本人・家族の住んでいる地域の社会資源になじみがない場合も多い。また、国公立病院では、特定の民間事業所を紹介できない場合もある。しかし、心配や不安を抱える本人・家族に対して、社会資源の一覧表を渡すだけのような支援ではなく、共に社会資源を探すなどのできうる限りの支援をする必要がある。精神保健福祉士は所属する機関の地域情報のみならず、常に広域情報も敏感に収集し、さらに、全国各地の精神保健福祉士とのネットワークを意識的に構築し、相互活用をしていくことが求められているのである。

## 業務名10 アウトリーチ・訪問活動

## 定義

クライアントの日常生活が営まれている場所に訪問し、直接サービスを提供するとともに、必要な情報提供やサービス利用支援等を行い、地域でより良い生活を送れるよう支援する。

## 指針

- ◇クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】
- ◇生活者の視点に基づいた、情報の収集・整理を行う【指針2】
- ◇心理・社会的視点を軸に、クライアントを多面的に理解する【指針3】
- ◇人権に配慮し、治療及び療養環境を調整する【指針4】
- ◇ストレンクス視点から、クライアントと協働して支援を考える【指針5】
- ◇地域の関係機関と対等な関係を築き、支援ネットワークを形成する【指針10】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例1：地域生活者への訪問支援

精神科病院の外来に通うLさんは、「薬を飲むと神に焼き殺される」という妄想のため、処方された薬を飲むことができない。精神保健福祉士が訪問すると、単身生活のLさん宅はゴミだらけであるが、本人はその自宅で暮らし続けることを希望している。Lさんの服装は人目を引くが、野良猫の世話をする優しい人柄と、生命保険の外交員をしていたことによる人当たりのよさから、近隣住民とのコミュニケーションは上手く取れている。

## ⇒状況分析と課題

地域において精神障害者は、住民や家族など生活者として多様な顔を持った存在である。精神保健福祉士は精神障害者を単に患者・障害者として捉えて「服薬ができない」「掃除ができない」「整容に課題がある」といった問題点ばかりに焦点を当ててではなく、「近隣住民とコミュニケーションが取れる」「優しい人柄」など、本人のできている部分に焦点を当てることが重要である。つまり、心理・社会的視点を軸に、クライアントを多面的に理解する【指針3】必要がある。そして、クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】なかで、生活者の視点に基づいた、情報の収集・整理を行う【指針2】ことで、具体的な生活状況を把握し、Lさんの自宅で暮らし続けたいという希望を叶えられるよう、ストレンクス視点から、クライアントと協働して支援を考える【指針5】ことが大切である。そのためには、すぐ公的なサービスの導入を図るのではなく、近隣住民等のクライアントが活用しているインフォーマルな社会資源にも目を向け、地域の関係機関と対等な関係を築き、支援ネットワークを形成する【指針10】必要がある。

また、アウトリーチでは、クライアントの「お宅に伺わせていただく」という姿勢を忘れないようにしなければならない。そして生活「指導」を前面に押し出すのではなく、まずはクライアントの生活を尊重し、受け入れることから始めなければならない。

## 事例2：危機介入対応

Mさん（30代）は高齢の母親と二人暮らしをしていた。ここ数か月、治療中断で受診しておらず、服薬もできていない状況が訪問看護師より伝えられていた。外来担当の精神保健福祉士は介入のタイミングを医師や看護師と検討をしていた時、母親が脳血管障害で緊急入院となったという情報が入ってきた。母親の支援が得られない現在の状況では、Mさんは生活ができないとの判断が訪問看護師から伝えられた。そこで急遽、訪問看護師と共に精神保健福祉士が自宅に訪問した。Mさんは混乱していたが、母親がいない状況は認識したようで、一人で生活するのは難しいと言い始め、入院に至った。入院後の関係者からの情報により、母親がMさんの通院や服薬を拒んでいたことが分かり、これまでも支援の必要性は感じつつも介入できずにいた状況が明らかになった。

### ⇒状況分析と課題

医療機関にいる精神保健福祉士は、時に積極的な介入が求められることがある。疾病や虐待等の課題の早期発見、早期治療・対応、重篤化を防ぐために地域関係機関からの要請もある。また、再発防止の視点から支援を組み立て、積極的に介入することも求められる。治療中断などにより病状が悪化し、生活問題も重なり地域生活の維持が困難な場合には、危機介入が必要となる。その際、重要なのはクライアントの安全の保障である。危機介入場面でもクライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】姿勢は忘れてはならない。そのうえで、現段階での優先順位について、医師をはじめとする医療職とも相談しながら検討し、入院も安全な場の提供と捉え、最大限人権に配慮し、治療及び療養環境を調整する【指針4】必要がある。

そして、精神保健福祉士にとって重要となるのが、その後のかかわりである。危機介入後、そのことを本人や家族と共に振り返り、必要に応じて地域関係機関との連携を軸に、今後の支援体制を考えていくことを忘れてはならない。

### チェックポイント

- 地域住民としての本人・家族の生活環境を尊重できていますか？
- 支援者側が考える生活スタイルを本人・家族に当てはめていませんか？
- 生活の仕方は多様であり、正しい生活があるわけではないことを認識していますか？
- 状況に応じて他職種や関係者と相談しながら必要な介入を行えていますか？
- 危機介入の際には、本人の安全に配慮しながら、最大限人権に配慮できていますか？
- 危機介入後、本人・家族と継続的にかかわりを持っていますか？

## 業務名11 組織の運営・管理への参画

## 定義

医療機関の組織運営において欠かせない診療報酬制度の仕組みを把握し、精神保健福祉士がおかれている状況を認識したうえで、クライアントのために組織の運営・管理に携わる。

## 指針

- ◇クライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】
- ◇多職種によるチーム医療において、福祉職としての専門性を発揮する【指針6】
- ◇クライアントの利益のために、制度・組織を効果的に活用する【指針12】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例：病院運営への参画

毎月行われる病院運営のための会議に、ソーシャルワーク部門の責任者である精神保健福祉士が参加している。ある日の会議で、今後病院として「精神科救急入院料」と「精神科地域移行実施加算」取得の方針が出された。そして、そのプロジェクトをソーシャルワーク部門が中心となり検討することになった。しかし、プロジェクトをどのように進めていけばよいか、責任者である精神保健福祉士は頭を悩ませていた。

## ⇒状況分析と課題

医療機関における精神保健福祉士は福祉職としての専門家であると同時に、組織の一員でもある。よって、職位によっては病院運営に直接関与することもある。その際に忘れてはならないのは、精神保健福祉士として運営に携わるという立ち位置である。つまり、**クライアントの利益のために、制度・組織を効果的に活用する【指針12】**という視点である。

そして、ソーシャルワークの原則を基盤に、社会福祉運営管理（ソーシャルアドミニストレーション）などの方法論を応用する視点を持つことが重要となる。事例の場合、「精神科救急入院料」や「精神科地域移行実施加算」の取得のためには、一定の基準を上回る実績が必要となる。この基準上の数字だけに翻弄されないためには、これらの診療報酬の目的などを再確認し、実践における課題とリンクさせ、まずはソーシャルワーク部門内で検討していくことが必要となる。さらに、プロジェクトに関しては、精神保健福祉士のみで全てを担うのではなく、必要に応じて他職種からのアドバイスや参加を求めるよう院内でのネットワークを駆使することも重要となる。つまり、直接的な個別支援のみならず組織運営においても、**多職種によるチーム医療において、福祉職としての専門性を発揮する【指針6】**ことが大切なのである。

この事例のみならず、他にも組織から求められる運営上の課題は多い。その対応策として、組織が求める病院経営上の在宅移行率、ベッド回転率、稼働率などの基準を把握しつつも、経営者の方針を精神保健福祉士としての視点から捉え直し、経営者に対し戦略的に企画提案できるだけの力量をつける必要がある。そのためにも、最低限、精神保健福祉士

が明記されている診療報酬については把握し、診療報酬上で精神保健福祉士がどのように位置づけられているのか、制度上の目的を確認しておかなければならない。そして重要なものが、個々のかかわりの中でクライアントの思いや希望に寄り添う【指針1】なかで見えてきた課題や地域ニーズを組織運営に反映させるような、精神保健福祉士の実践をマイクロからメゾ、マクロレベルまで幅広く捉えるソーシャルワークの視点なのである。

### チェックポイント

- 診療報酬に規定されている精神保健福祉士の業務の目的について把握できていますか？
- 診療報酬等の制度に使われるのではなく、制度を活用できるようソーシャルワークの原則を基盤に戦略を練ることができていますか？
- 実践のなかで把握した地域社会のニーズを組織運営にフィードバックできていますか？
- 業務上で感じた疑問や矛盾を、そのままにせず組織・社会に伝える努力をしていますか？
- ソーシャルワークの視点を組織に発信していますか？

### ● 目的別にみる精神保健福祉士に関連する主な診療報酬 ●

- (1)精神科リハビリテーション・グループワーク  
デイケア・ナイトケア・デイナイトケア・ショートケア、重度認知症デイケア、入院/通院集団精神療法、入院生活技能訓練療法（SST）
- (2)地域生活支援  
訪問看護・指導料、継続外来支援・指導料加算
- (3)退院支援、環境調整  
精神科救急入院料、急性期治療病棟、認知症治療病棟、精神療養病棟、児童・思春期精神科入院医療管理加算、精神科退院時共同指導料、精神科退院前訪問指導料
- (4)地域移行支援  
地域移行支援加算、精神科地域移行実施加算、精神科退院前訪問指導料、精神科退院時共同指導料
- (5)人権擁護  
医療保護入院等診療料（行動制限最小化委員会）

# 3 行政分野における業務指針

## 1 はじめに～行政における近年の動向及び精神保健福祉士を取り巻く現状～

精神保健福祉行政において、国は全体の目標と施策を定める。都道府県及び市町村は国の定めた施策に沿って計画を策定し事業を実施するとともに、都道府県及び市町村独自の施策を展開している。

近年の動向としては、2004（平成16）年に厚生労働省の精神保健福祉対策本部が「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、改革ビジョン）を定めたことがあげられる。改革ビジョンでは「国民の理解の深化」、「精神医療の改革」、「地域生活支援の強化」、「基盤強化の推進」が掲げられ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向性が示された。その後はこの改革ビジョンに基づき、様々な国の施策が定められ、その結果、都道府県及び市町村行政の精神保健福祉業務は大きく変化している。以下、都道府県、市町村それぞれの精神保健福祉士をめぐる現状と課題を示す。

都道府県における精神保健福祉士は、都道府県庁の障害福祉担当課、精神保健福祉センター、保健所、都道府県立の医療機関、児童相談所などに所属している。その業務は所属機関により規定されるが、精神保健福祉に関する知識・技術が必要とされる部署に配属されることが多く、重要な役割を果たしている。

特に保健所においては、多くの精神保健福祉士が精神保健福祉相談員として実務にあたっている。保健所は、1965（昭和40）年の「精神衛生法」改正において、精神衛生行政の第一線機関として位置づけられ、その活躍が期待されてきた。しかし、一時852か所存在した保健所は、全国各地で統廃合が進み2012（平成24）年現在495か所にまで減少している。そこには1994（平成6）年「保健所法」から「地域保健法」への改正に伴い、所管人口や面積が拡大し広域的な機能となったという背景がある。

保健所の業務は、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」（平成12年3月31日障第251号 平成24年4月改正）に明記されており、人権に配慮し適正な精神科医療体制の整備、指導・監督、地域の状況に応じた施策の企画・立案、「精神保健福祉法」や「障害者総合支援法」における精神障害者保健福祉手帳の普及、福祉サービスの拡充のための支援や全ての住民に対する普及啓発の保健福祉施策など、幅広い業務を展開している。そして、災害時の支援や自殺対策などの拠点として、市町村はじめ関係機関への協力・支援、さらには複雑化する地域ニーズへの対応にあたっての広域にわたる専門性の高い役割が求められている。また、「措置入院」に関する業務は、保健所が精神衛生行政の第一線機関として位置づけられた時代と同様、現在でも保健所（中核都市の保健所を除く）が中心的役割を担う業務である。この業務については、磨かれた人権感覚、法施行にかかわる正確な知識と適切な運用、精神医学や医療の知識等が求められる。以上の業務及び実践課題は、精神保健福祉行政機関だけで成り立つものではない。地域の関係機関との連携

及び協働、そして当事者の行政への参加などが重要となる。

一方、市町村が精神保健福祉行政の取り組みを開始したのは、1999（平成11）年の「精神保健福祉法」の改正によるものである。これにより、2002（平成14）年度から通院医療費の公費負担制度（現、障害者総合支援法における自立支援医療）や精神障害者保健福祉手帳の申請受理に関する窓口業務、相談支援業務の一部等が都道府県から市町村に移管された。その後、2005（平成17）年の「心神喪失者等医療観察法」施行、2006（平成18）年の「障害者自立支援法」施行及び2013（平成25）年の「障害者総合支援法」への改正と続き、これらの法律に市町村の業務が明記されるようになってきている。つまり、障害福祉分野における市町村の役割が年々重視されてきており、市町村での相談件数及び訪問指導の実施数（述べ人数）は、この10年間でおよそ倍増しているのである（『精神保健福祉白書2013年版』）。

その市町村において、精神保健福祉士は障害福祉、保健、児童・発達などの分野に所属する。精神保健福祉に直接携わる場合もあるが、関連部署でその知識・技術を生かすこともある。このことから、市町村に所属する精神保健福祉士は精神保健福祉分野の高い専門性を基本としながらも、広く市民全般のメンタルヘルスに関する課題に対応する力量をも求められているのである。

## 2 行政分野における精神保健福祉士の仕事の実際と大切にしていること

精神保健福祉における行政の大きな役割は、国民全体の精神保健福祉の向上である。そのために施策や制度の立案、直接支援、市民との協働などの様々な機能を有している。

行政で働く精神保健福祉士は、所属する機関・部署によって根拠法令や業務が異なり、専門職としての価値や倫理を備えていることが、業務の質を大きく左右する。

実務では、医師、保健師、看護師等の専門職や一般行政職と協力して行うことが多い。業務範囲は幅広く、保健医療福祉に関する計画の策定（「医療計画」「障害者計画」「障害福祉計画」など）、関連協議会や連絡会の開催（地域自立支援協議会や地域精神保健福祉連絡協議会など）、メンタルヘルスに関する普及啓発、関連業務担当者に対する研修の実施、組織（当事者会など）の育成、通院や入院に関する事務、精神障害者保健福祉手帳に関すること、相談支援、実態把握のための調査研究、さらには新たに成立・施行される法律への対応など、地域の実情に合わせた様々な行政サービスが求められている。

その全ての業務について、精神保健福祉士としての高い専門性が必要とされる。さらに障害全般に関連する業務では、他障害の特性を理解したうえで精神障害について意見を述べていく必要がある。また、精神障害に特化した相談支援では、行政・医療・地域・当事者・家族などの関係者の状況把握や、コーディネーターとしての役割などが精神保健福祉士に期待されている。

これらの業務を行う際に大切にしていることは、精神保健福祉士としての倫理や価値を実践の根底におき、それらを施策に反映させる取り組みをすることである。行政機関がかかわる業務は、本人の同意が得られない際の入院にかかわる諸手続きや地域での障害福祉

サービス支給量の決定などにおいて、当事者の意思や希望の全てを反映できない場合も多い。当事者に対する必要かつ最善の行政サービスを提供するためには、当事者がおかれている全体的な状況を的確にアセスメントすること、意思や希望を的確に聞き取ること、法律の理念や趣旨を正しく理解したうえで業務を遂行すること、当事者の権利侵害にならないよう留意することが必要であり、当事者の立場に立った施策を立案していこうとする姿勢も欠かせない。本協会が長く自身を戒め、実践上の教訓としてきたY問題を風化させることなく、我々の業務が人権を侵害する可能性があることを自覚し、業務にあたらなければならないのである。以上を実現するためには、他の分野と同様、多くの関係機関、他職種、一般行政職、当事者との連携が前提となり、精神保健福祉士の知識、調整力、価値、倫理が必要であり、重視するものである。

地域の相談支援機能の基盤強化も行政機関における精神保健福祉士の重要な責務である。行政機関は住民が相談先として最初に出向く場であることが多い一方、諸々の申請手続きが煩雑で分かりにくいという課題もある。行政の窓口対応を含めた直接支援において、正確で分かりやすい情報提供を行い、人々の安心と適切な資源へのアクセスを保障できるよう質の向上が求められる。また、最近は相談支援業務を民間事業者に委託して運営する自治体も増えてきている。これらの民間事業所が、地域の関連機関との連携のもとでより質の高い相談支援が可能となるよう、環境の整備に取り組むことも不可欠である。さらに、相談支援の充実に向けて、実践フィールドである地域の現状を知ることが重要である。当事者が生活している地域の文化や社会資源などを把握しておかなければ、当事者の全体的な理解が困難となるし、相談支援の際にこれらの理解をもとにした情報提供ができなければ、当事者や家族に不利益をもたらすことにもなりかねない。

そして、どの分野にも共通することであるが、精神保健福祉士として自身の業務を振り返り、自己研鑽に努めることが大切である。精神保健福祉士が複数所属する部署で働く場合もあるが、少人数の部署で働く場合は、精神保健福祉士としての立ち位置を再確認し、専門職としての仕事の質を担保するため、自己研鑽の重要性がより高まる。さらに組織として精神保健福祉の質の維持・向上に取り組むことも必要である。組織内での異動も定期的にあるため、人事が変わっても安定した支援の継続・発展が具体化するよう、組織への働きかけや後進の育成も視野に入れた実践が求められるだろう。

上記のように行政は、幅広く医療や地域、その他の施策に係ることから専門性の高い精神保健福祉士が携わることができるような取り組みを今後も進めていくべきである。そのことにより、精神医療保健福祉全体の底上げが図られ、当事者や家族が安心して生活できる場を作ることが可能となる。

### 3 実践上の指針

---

1. 権利擁護と自己決定の尊重を意識した実践を行う
2. ストレングスの視点からクライアントを全体的に理解する
3. 個人・家族・集団・地域の個別化を重視し理解する
4. ニーズの把握に努め、適切なサービスを提供する
5. 必要なサービスが途切れることがないように調整を図る
6. 住民の多様な相談内容に対応できるよう、専門性の向上に努める
7. 根拠法令に基づく制度運用に留まらず、最善の支援を考える
8. ソーシャルワークの視点から施策の創設及び改善を行う
9. 他職種・他機関との連携を積み重ね、支援ネットワークを構築する
10. 人・地域・社会システムの全体関連性を意識した実践に取り組む
11. 行政機関のなかでソーシャルワークの視点を定着させる

### 4 業務名

---

1. 精神保健福祉相談
2. サービス利用に関する支援
3. 技術支援・助言・指導
4. 調査研究・企画立案・計画策定
5. 普及啓発
6. 研修・組織育成
7. 関係機関及び団体との連携・協力・連絡調整
8. 行政機関の責務等が規定されている法令に基づく業務
9. 精神保健福祉サービスの充実や資源定着のために行う業務

## 5 業務指針

### 業務名 1 精神保健福祉相談

#### 定義

自身や身近な人々のみでは解決できない精神保健福祉の課題を抱える人に対して、問題を理解、整理し、問題解決を図っていくプロセス。

#### 指針

- ◇権利擁護と自己決定の尊重を意識した実践を行う【指針1】
- ◇ストレングスの視点からクライアントを全体的に理解する【指針2】
- ◇個人・家族・集団・地域の個別化を重視し理解する【指針3】
- ◇ニーズの把握に努め、適切なサービスを提供する【指針4】
- ◇住民の多様な相談内容に対応できるよう、専門性の向上に努める【指針6】
- ◇他職種・他機関との連携を積み重ね、支援ネットワークを構築する【指針9】
- ◇人・地域・社会システムの全体関連性を意識した実践に取り組む【指針10】

#### 具体例と指針に基づく状況分析

##### 事例1：家族からの受療相談

ある日、突然、高齢の女性が杖をつきながら保健所を訪れ、この十数年にわたり警察の介入による入院しか経験したことがない娘（Aさん）について相談したいという。母親の話では、Aさんは現在も治療を中断しており、幻聴や妄想が著しく、同居家族以外との接触を強く拒否し、来客があっても外に追い出してしまうという。このような生活を何か月も耐えてきた母親は「もう限界なので、すぐ訪問して娘を病院に連れて行ってほしい」と懇願した。相談を受けた精神保健福祉士は、母親に対し「訪問はできるが、まずはAさんの状況を確認する」「医療が必要かどうかの判断は難しいが、できればAさんが納得して病院に行くことができるよう話をしたい」と伝えた。

その後、自宅を訪問したところ、精神保健福祉士の姿を見たAさんは「うるさい、帰れ」と叫び、部屋に閉じこもってしまった。Aさんの母親は、当初警察を呼んで入院させたいと思う一方、そのような形での入院を忍びなく思っていると話した。そこで、精神保健福祉士は、保健所の精神科の嘱託医への相談を勧め、その内容や精神科医の判断を聞きながら、継続的な訪問などを通してAさんに受診の必要性を説明していく方法を取った。

##### ⇒状況分析と課題

本人が治療を中断し、精神症状の悪化が続く場合、家族が困り果てて来談することが多い。事例のように家族が高齢で、過去にも警察の介入によって入院治療につながった経緯を聞くと、「早く何とかしなくては」という思いが強くなるだろう。しかし、精神保健福祉士は、本人の状態にかかわらず、**権利擁護と自己決定の尊重を意識【指針1】**することが肝心である。これから先も病気とつき合いながら生きていくのは本人だということを念

頭におき、本人にとって受療を困難にしている要因を見定めながら、粘り強くかかわっていくことが求められる。また、警察の介入による強制的な入院は、家族にとっても避けたい辛い経験である。受診・受療にかかわる相談では、単に入院につなげることを目的とするのではなく、**本人と家族のニーズを把握し、様々な方策を検討しながら適切なサービスを提供し【指針4】**、本人と家族が納得できることが重要である。それが安心して主体的に医療とかかわっていく第一歩だからである。

一方、事例のような場面では緊急性の判断も必要である。精神症状に関して専門医の評価を確認するとともに、食事や睡眠、体調面について、医療専門職との連携を図りながら本人の生命の安全を守ることが求められる。緊急時に対応できる支援体制を土台としながら**(他職種・他機関との連携を積み重ね、支援ネットワークを構築する【指針9】)**、本人の意向やペースを尊重するという双方の働きかけが必要である。

## 事例2：ひきこもり相談への対応

保健所における定例の相談日、相談対応の精神保健福祉士は、ひきこもりの息子（Bさん）を持つ父親からの相談を受けた。Bさんは現在30代。これまで仕事の経験もなく、昼夜逆転し室内はごみ屋敷のようになっている。母親は1年前に亡くなっており、5歳上の姉は結婚して県外に住んでいる。これまで母親が心配してBさんの世話をし、市役所に相談に行った経緯があるようだが、母親の死後、父親はどうしたら良いのか分からず途方に暮れるばかりだった。見かねた姉が父親を説得し、ようやく本日の相談に至ったそうである。

相談を受けた精神保健福祉士は、まず父親の苦労をねぎらい相談に来たことの意義を伝えた。そしてBさんと会って本人の状況と意向を確認するために精神科の嘱託医と共に訪問することを提案した。父親は了承し、訪問については父親を通してBさんに伝えてもらうようにした。当初、Bさんは訪問を嫌がることも想定していたが、訪問するとBさんは居間で静かに座り、「周りの人とうまく話せない」「人ができていることが自分にはできないことが辛い」とおぼつかない様子で話した。嘱託医は、軽度の知的障害の可能性もあり、昼夜逆転や意欲の低下に対する働きかけが必要ではないかとの見解であった。

### ⇒状況分析と課題

ひきこもりの事例は、相談に結びつくまでに時間がかかることが多い。また、相談しても家族が望む方向に進まず、結果として家族の問題解決に向けたモチベーションが下がってしまうこともある。行政機関の精神保健福祉士は、**住民の多様な相談内容に対応できるよう、専門性の向上に努める【指針6】**ことが望まれる。また、本人が相談にくることはまずないので、ファーストコンタクトである相談者（事例では父親）の話を手際よく聞き、これまでの経緯や家族の関係性を含めて**個別化を重視して理解する【指針3】**ことが大切である。同時に本人以外からの話だけでなく、的確な対応を精査するためにもなるべく早く本人とコンタクトを取ることが求められる。また、訪問に際して、家族の了承を得るとともに、**本人の権利擁護と自己決定の尊重【指針1】**を損なうことのないよう、家族から本人に訪問の目的と趣旨を伝えてもらうよう働きかけることが肝要である。本人に知らさ

れていない突然の訪問は、その後の信頼関係を築くうえで大きな支障となり得るので注意しなければならない。

本人との面接では、まず本人の思いを受けとめ、本人にとっての問題を理解、共有することである。そして本人の「ひきこもり」状態やできないことに焦点を当てるのではなく、**ストレングスの視点からクライアントを全体的に理解する【指針2】**ことを通して、本人が安心できる環境との接点を見出していくことが求められる。

### 事例3：危機介入における取り組み事例

保健所に勤務する精神保健福祉士は、地域住民から「近隣に住む一人暮らしのCさんが毎晩のように大声で怒鳴っているので怖くて眠れない」との苦情を受けた。精神保健福祉士は以前Cさんにかかわった経緯があり、何とか地域での生活を続けられるよう住民に理解を求めたが、とりあってもらえず「早くこの地域から出て行ってほしい」とまくし立てられた。精神保健福祉士は住民が不安に思う気持ちも受けとめ、数日間、夜間待機しCさんが大声を出したら対応するので教えてほしいと伝えた。また緊急時に迅速に対応できるよう関係機関との協力体制を備えた。この間、Cさんが大声を出すこともなく、住民は「私たちが少し騒ぎすぎたかもしれない」と改めるとともに、何かあったときには保健所が対応してくれるという行政との信頼関係も生まれてきた。その後、Cさんが緊急入院する事態もあったが、今も地域で暮らし続けている。

#### ⇒状況分析と課題

行政機関の精神保健福祉士は、全ての地域住民を対象とした支援を担っている。もちろん精神障害者の地域生活支援のために住民の理解を得ることは不可欠だが、周囲の住民の不安も受けとめ、当事者を含む**住民の多様な相談内容に対応できるよう、専門性の向上に努める【指針6】**ことが求められる。住民の不安の多くは予測できない事態や自分たちでは対応できない事態に対するものである。万一、そのような事態が生じた時に、行政機関が迅速に対応し当事者の支援につながるという安心感は、住民が当事者を排除することのない地域の基盤形成となる。こうした**人・地域・社会システムの全体関連性を意識した実践に取り組む【指針10】**ことが当事者の地域生活支援を促進するのである。

また、危機介入は入院を前提としたものではない。迅速な対応と適切な判断力を要する専門技術であり、問題の重度化を防ぎ、長期的な本人の福利のために「今、何が必要か」を見極め働きかけることである。こうした体制は危機的な状況においてすぐに機能するものではない。日頃から**他職種・他機関との連携を積み重ね、支援ネットワークを構築する【指針9】**ことによって培われるものである。

#### チェックポイント

- 相談者の話をしっかり聞き、理解を示していますか？
- 家族や周囲の関係者の話だけで動かず、本人の権利を尊重した出会いを作るための工夫をしていますか？
- 本人の病状や問題ばかりでなく、本人や家族、周囲の環境の強みも見えていますか？

- 他の専門職と連携し、適切なコンサルテーションを受けていますか？
- 危機的状況に迅速に対応できる体制づくりに取り組んでいますか？
- 家族や住民も支援を必要としていることを意識していますか？

● **保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領（抜粋）** ●

第1部 保健所 第3 業務の実施

6 訪問指導

- (1) 訪問指導は、本人の状況、家庭環境、社会環境等の実情を把握し、これらに適応した支援を行う。原則として本人、家族に対する十分な説明と同意の下に行うが、危機介入的な訪問など所長等が必要と認めた場合にも行うことができる。
- (2) 訪問支援は、医療の継続又は受診についての相談援助や勧奨のほか、日常生活への支援、家庭内暴力、いわゆるひきこもりの相談やその他家族がかかえる問題等についての相談指導を行う。

● **「Y問題」を問いつけること** ●

精神保健福祉士にとって「Y問題」は自らの立場性と「精神保健福祉士の業務とは何か」を常に問いかけるものである。そして、精神保健福祉士の業務における「加害者性」を絶えず自戒し、倫理綱領が示すクライアントの自己決定を基本とした権利擁護と福祉のための活動を志向するのである。緊急な医療と保護を要する場面では、当事者の権利と生命の安全の狭間で精神保健福祉士として強いジレンマに直面する。しかし、それは精神保健福祉士が急を要する医療ニーズへの対応や危機介入から距離をおくことではない。むしろ、そうした場面だからこそ、当事者の権利擁護と福祉を基盤とした精神保健福祉士のかかわりが求められるのである。

## 業務名2 サービス利用に関する支援

## 定義

本人の希望を尊重し、適切なアセスメントを踏まえ、本人のニーズに対応した社会資源の紹介やサービスの利用支援及び調整を行う。

## 指針

- ◇ストレングスの視点からクライアントを全体的に理解する【指針2】
- ◇個人・家族・集団・地域の個別化を重視し理解する【指針3】
- ◇ニーズの把握に努め、適切なサービスを提供する【指針4】
- ◇根拠法令に基づく制度運用に留まらず、最善の支援を考える【指針7】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例：ハローワークからの就労支援サービスの紹介依頼

40代（男性）のDさんは、30代から精神科に通院しており、これまで仕事の経験はあるが、ここ数年はハローワークで仕事を探しているものの実際の雇用に至っていなかった。ハローワークの専門援助部門の相談員が心配して声をかけると、Dさんは精神科の通院中であることを打ち明けたが、病気のことは伏せて働くことを希望していた。しかし、何回も就職面接をしては不採用が続くので、次第にDさんは調子が悪くなり、面接に行くことも難しくなってきた。見かねたハローワークの相談員は、仕事の準備訓練として就労移行支援事業の利用をDさんに勧め、市役所に行って相談するように伝えた。そして、Dさんは不本意ながらも市役所の障害担当窓口に来所した。ちなみに、Dさんは自立支援医療（精神通院）を利用しているが、精神障害者保健福祉手帳は取得していない。

窓口で対応した精神保健福祉士は、Dさんと会うなりハローワークの相談員の紹介内容に沿って市内の就労移行支援事業所の一覧を示して一通り説明したあと、見学の希望があれば事業所に連絡を入れると伝え、同時に今後のサービス利用を想定して手帳の取得も勧めた。精神保健福祉士の説明を黙って聞いていたDさんは次第に不機嫌な表情になり、「そんなものはいらぬ」と言って去っていった。

## ⇒状況分析と課題

事例のような他機関からの紹介による来談でも、また本人の意思による来談でも、相談支援の入口として最も重要な点は、**本人のニーズの把握に努め、適切なサービスを提供する【指針4】**ことである。窓口で対応した精神保健福祉士は、Dさんが働くことを通してどのようにニーズを満たしたいと思っているのかを聞き取り理解しようとすることなく、既存のサービスや手帳制度を一方向的に紹介していた。「働きたい」という主訴には、人それぞれの思いや背景がある。Dさんは、仕事を通して何かを達成したいのかもしれないし、経済的に苦しい状況に陥っていたり、家族に働くように強く言われていたのかもしれない。さらには、精神障害であることが分かったと仕事に就けないと考え、悩んでいるのかもしれない。精神保健福祉士は、同様の主訴であっても、必ずその**個別化を重視し理解す**

る【指針3】姿勢が求められるのである。

また、行政機関の窓口では、障害福祉サービスなどの利用申請・手続きの相談が寄せられるが、その場合も、既存の**制度運用に留まらず、最善の支援を考える【指針7】**ことが大切である。つまり、本人の不足しているところをサービスで埋めようとするのではなく、**ストレングスの視点からクライアントを全体的に理解し【指針2】**、本人の力を引き出し、活用することで本人に適した支援を目指すのである。

#### チェックポイント

- 行政の相談窓口での精神保健福祉士の役割を考え、行動していますか？
- 本人のニーズをきちんと理解するためのアセスメントができていますか？
- 視野を広く持ち、様々な可能性から適切な情報提供をしていますか？
- 本人のストレングスを生かした支援を考えていますか？

### 業務名3 技術支援・助言・指導

#### 定義

精神保健福祉士の視点を踏まえ、地域の支援体制の基盤強化を目指して、関係機関の位置づけや機能に応じた技術的な協力や支援及び助言や指導を行う。

#### 指針

- ◇権利擁護と自己決定の尊重を意識した実践を行う【指針1】
- ◇ニーズの把握に努め、適切なサービスを提供する【指針4】
- ◇他職種・他機関との連携を積み重ね、支援ネットワークを構築する【指針9】
- ◇人・地域・社会システムの全体関連性を意識した実践に取り組む【指針10】

#### 具体例と指針に基づく状況分析

##### 事例：ケアマネジャーからのケース相談

地域包括支援センターの主任ケアマネジャーから、行政の精神保健福祉士あてに「担当している一人暮らしの高齢者（Eさん、女性）への対応について相談したい」と電話があった。ケアマネジャーの話では、Eさんは要介護度2で、ここ数年は訪問介護とデイサービス利用のケアプランでモニタリングを続けてきたが、最近のEさんは食欲がなく、以前より痩せてきているとのことである。また、外出の回数も減り、訪問のたびに家の中の汚れが目立つようになってきているそうである。心配したケアマネジャーは、遠方に住む息子に連絡を取り、Eさんの最近の様子を伝えたが、息子は子どもの頃からあまりEさんにかまってもらえず、しばらく疎遠になっていると話し、ケアマネジャーがEさんを心配しても、「自分は仕事で忙しく、遠方のため簡単に実家に出向けない。どうしても実家に顔を出しに行ったら、連絡してほしい」と言うだけで、どこか他人事のような受けとめ方であった。ケアマネジャーは、Eさんの今後の支援に不安を感じ、どうしたら良いのか相談したいとのことであった。

##### ⇒状況分析と課題

精神保健福祉分野以外の関係機関から行政の精神保健福祉士に持ち込まれる相談では、事例のように認知機能の問題など精神保健福祉の専門的判断への期待を含みながら、誰が何に困っているのか、どうしたいのかがはっきりしないまま、相談者（支援者）の不安が表出されることも多い。精神保健福祉士は、まず相談者であるケアマネジャーが不安に感じている状況について、客観的事実を確認しながら問題を整理し、共有することが必要である。そして、Eさんの状態とEさんを取り巻く環境についてアセスメントし、Eさんのニーズに応じた適切なサービスの提供【指針4】を検討していく。その際、Eさん不在で支援の方向性が決定されることのないよう、Eさんの権利擁護と自己決定の尊重を意識した実践を行う【指針1】ことを共通の課題として認識することが大切である。

関係機関間で支援課題の整理、共有ができれば、どの機関がどのような役割を担うのかを検討することが必要である。事例の場合、ケアマネジャーや地域包括支援センターが

担う役割と精神保健福祉士として対応すべき点を整理し、必要であれば他の支援機関の協力も検討することになるだろう。こうした他職種・他機関との連携を積み重ねた支援ネットワークの構築【指針9】は、Eさんが安心して暮らせる体制が整うだけでなく、地域全体の支援力の向上にもつながっていく。行政機関の精神保健福祉士は、他機関への技術支援や助言において、人・地域・社会システムの全体関連性を意識した【指針10】地域づくりに取り組むことが求められる。

### チェックポイント

- 相談者（関係機関）の困りごとを理解、共有して助言・指導を行っていますか？
- 本人不在で機関同士のやりとりが進められていませんか？
- 本人の希望及び本人を取り巻く環境や関係者の状況をきちんと把握していますか？
- それぞれの機関の役割を確認、明確化し、本人が不便や混乱を感じないように工夫できていますか？
- 関係機関への協力・助言・指導は、地域の福祉課題への取り組みと支援の質の向上につながるという認識を持っていますか？

### ● 障害者総合支援法における市町村等の責務（抜粋） ●

第2条 市町村（特別区を含む。以下同じ。）は、この法律の実施に関し、次に掲げる責務を有する。

2 障害者等の福祉に関し、必要な情報の提供を行い、並びに相談に応じ、必要な調査及び指導を行い、並びにこれらに付随する業務を行うこと。

第2条2 都道府県は、この法律の実施に関し、次に掲げる責務を有する。

1 市町村が行う自立支援給付及び地域生活支援事業が適正かつ円滑に行われるよう、市町村に対する必要な助言、情報の提供その他の援助を行うこと。

## 業務名4 調査研究・企画立案・計画策定

## 定義

障害福祉及び精神保健福祉の現状と課題、ニーズについて適切な調査を行い、その結果の共有化を図るとともに、地域特性を踏まえた施策や事業の企画立案、計画策定を行う。

## 指針

- ◇個人・家族・集団・地域の個別化を重視し理解する【指針3】
- ◇ニーズの把握に努め、適切なサービスを提供する【指針4】
- ◇ソーシャルワークの視点から施策の創設及び改善を行う【指針8】
- ◇人・地域・社会システムの全体関連性を意識した実践に取り組む【指針10】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例：福祉計画策定における精神障害者のニーズ調査

F市では、障害福祉計画策定にあたり、障害当事者のニーズ調査を行うことになった。調査はリサーチ会社に委託することにしたが、調査項目（設問内容）は、当事者の聞き取りを行い、その声を設問に反映できるよう企画した。F市の精神保健福祉士は、これまでの調査では、精神障害の特性を踏まえた設問が不十分であると感じていたため、医療を利用する際のニーズや「生活のしづらさ」、精神症状の変化に伴う日常生活面での不安とそれに対応した支援ニーズなどに関する設問を設定する必要性を説いた。そして、そのために、精神障害の当事者グループや精神障害者が多く利用している事業所の利用者から意見をあげてもらおう企画を提案した。

調査項目の設定については、市内の当事者グループや福祉事業所の利用者から聞き取りを行い、その結果を設問に取り入れることは認められた。一方、精神障害の特性を踏まえた設問の設定とそのため精神障害当事者への聞き取りについては、「精神障害に特化した計画策定ではない」と懸念が示された。

## ⇒状況分析と課題

障害福祉計画の策定及びそれに関連する調査研究や企画立案は、行政機関における精神保健福祉士の重要な業務である。精神保健福祉士は、ソーシャルワークの視点から施策の創設及び改善を行う【指針8】ことを念頭におき、サービスの利用主体である当事者のニーズに基づくサービス提供【指針4】の実現に向けた働きかけが求められる。事例のように、ニーズ調査が形式的なものにならないよう、当事者が「どのようなニーズを持っているのか」「どのようなことを聞いてほしいのか」を聞き取り、それを調査の出発点におくことが大切である。

また、精神保健福祉士としては、精神障害者のニーズがきちんと浮かび上がってくるような調査が実施されるよう働きかけたいところである。市町村行政が精神障害を対象とした福祉サービスの実施主体となった歴史は浅い。そのため、他の障害と比べて精神障害への理解が十分でない自治体も多いだろう。精神保健福祉士はその改善を目指すわけだが、

一方で、公平中立を旨とする行政において三障害を一元化した福祉施策とサービス提供を行っている今日、事例のように、精神障害に特化した働きかけは理解が得にくい現実もある。こうした場面に直面した精神保健福祉士に必要なことは、それぞれの障害特性について個別化を重視して理解する【指針3】視点と、**人・地域・社会システムの全体関連性を踏まえた【指針10】**視点の両者を活用することである。つまり、精神障害のみならず、他の障害に関する知識と情報を広く持ち、それぞれの関連性から共通の課題と個別の課題を整理し、全体像を描きながら精神障害に関する意見を位置づけていくことである。このことは短期間でできることではないが、日頃から地域の協議会（地域自立支援協議会や連携会議など）を活用した状況理解と課題の整理を行っていくことが大切である。

### チェックポイント

- 調査や企画立案がソーシャルワークを展開する重要な業務として認識していますか？
- 調査や計画策定に当事者の声を十分反映させていますか？
- 企画立案や計画策定に向けて、日頃から地域の資源を活用していますか？
- 障害福祉全般を視野に入れて、精神障害の特性を踏まえた支援の理解に取り組んでいますか？

### ● 市町村障害福祉計画（障害者総合支援法抜粋） ●

#### 第88条

2 市町村障害福祉計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

（省略）

4 市町村障害福祉計画は、当該市町村の区域における障害者等の数、その障害の状況その他の事情を勘案して作成されなければならない。

5 市町村は、当該市町村の区域における障害者等の心身の状況、その置かれている環境その他の事情を正確に把握した上で、これらの事情を勘案して、市町村障害福祉計画を作成するよう努めるものとする。

#### 第88条の2

市町村は、定期的に、前条第二項各号に掲げる事項について、調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、当該市町村障害福祉計画を変更することその他の必要な措置を講ずるものとする。

## 業務名5

## 普及啓発

## 定義

地域住民の精神保健の維持・向上と精神障害に対する差別・偏見の是正を目指して、精神保健福祉に関する情報提供及び交流の機会を設定し、理解の促進と活動の活性化を図る。

## 指針

- ◇個人・家族・集団・地域の個別化を重視し理解する【指針3】
- ◇人・地域・社会システムの全体関連性を意識した実践に取り組む【指針10】
- ◇行政機関のなかでソーシャルワークの視点を定着させる【指針11】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例：精神保健福祉に関する講演会の企画運営

G市では、毎年、保健所との共催で「こころの健康の集い」という講演会を開催している。その時々で、市民が関心を持てるようなテーマを取り上げて企画し、市の広報紙やホームページ、ポスターなどで広く周知を図っている。これまでの講演会で取り上げたテーマは「うつ病とリワーク」「ストレスと心の病 ストレスへの対処法」などである。G市の精神保健福祉士は、その専門性を生かし、適切な講師の選定や依頼交渉を担うとともに、講義の合間に当事者のバンドや和太鼓の演奏を設定したり、地域の事業所の取り組みを紹介する場面を設けるなど、講演会に参加する市民が楽しみながら精神保健福祉に興味を持ち、実際に活用できるようになることを目標にしている。また、講演会の会場費などの経費について、庁内での検討を呼びかけ、担当者の理解を得て費用の減免にも取り組んでいる。

こうした講演会は継続させることが重要だが、G市の精神保健福祉士は、このところテーマや企画について新たなアイデアが浮かばず、マンネリ化しているのではないかと感じるようになってきた。また、地域で様々な市民向けの講演会が増えているなか、講演会の参加者が減少傾向にあるという課題に直面している。

## ⇒状況分析と課題

地域住民の精神保健の向上及び精神保健福祉サービスの利用者の地域生活支援を促進するために、住民への精神保健福祉に関する普及啓発活動は、行政機関の精神保健福祉士にとって重要な課題である。事例のように、人々の関心の高いテーマを取り上げた講演会を開催することに加えて、地域の精神保健福祉活動を理解してもらい、実際に活動に参画してもらうための工夫が多くの自治体でなされるようになってきた。そして、講演会開催の広報や会場費の減免などの理解を行政内で得ることは、広く住民サービスを担う行政機関のなかでソーシャルワークの視点を定着させる【指針11】機会にもつながる。

しかし、事例が示すように、講演会の開催が目的化し、それがうまく普及啓発に展開しない場合もある。住民が望んでいるテーマが明確に定まらない時や、講演会の参加者が減少傾向にある時は、地域のニーズに合った内容と方法が取られているのか、再考する必要

があるだろう。そして、改めて地域特性や地域の諸資源、地域で暮らす人々の状況について個別化の視点に立って理解し【指針3】、現状分析を行うことが求められる。また、講演会による普及啓発は、幅広く参加者を募れる利点があるが、一方的な伝達に偏りがちである。精神保健福祉の向上を目指す主体は住民であり、精神障害者が安心して地域で暮らす共生社会の担い手も住民である。例えば、認知症サポーターの養成などのように、地域住民が精神保健福祉活動の一翼を担い、そのやりがいを醸成するような取り組みも試行できるのではないだろうか。精神保健福祉士は、人・地域・社会システムの全体関連性を意識し【指針10】、精神保健福祉にかかわる住民の主体性形成に向けた方策を練ることが大切である。

#### チェックポイント

- 地域の特性や実情を捉え、住民の興味や関心に目を向けていますか？
- 講演会や定例会の開催が自己目的化していませんか？
- 地域の様々な資源と連携し、広い視野をもって活動を検討していますか？
- 地域住民の主体性形成に向けた取り組みになっていますか？

## 業務名6

## 研修・組織育成

## 定義

専門職としての質の向上と地域の相談支援の機能強化のために、研修の企画・実施を行い組織育成に取り組む。

## 指針

- ◇権利擁護と自己決定の尊重を意識した実践を行う【指針1】
- ◇必要なサービスが途切れることがないように調整を図る【指針5】
- ◇住民の多様な相談内容に対応できるよう、専門性の向上に努める【指針6】
- ◇根拠法令に基づく制度運用に留まらず、最善の支援を考える【指針7】
- ◇他職種・他機関との連携を積み重ね、支援ネットワークを構築する【指針9】
- ◇行政機関のなかでソーシャルワークの視点を定着させる【指針11】

## 具体例と指針に基づく状況分析

## 事例1：地域の専門職による事例検討会の実施

H市では、障害福祉課主催の事例検討会を隔月で開催している。参加者は、市内にある全ての相談支援事業所の相談支援専門員、精神保健福祉士、社会福祉士などの専門職である。事例検討に際して、提出事例は個人が特定されないよう加工すること、参加者は守秘義務に関する誓約書を交わすなどのルールを定め、相談支援における視点の確認、アセスメントやニーズ把握の適切さ、支援課題と支援内容の検討を行っている。

提出事例は各事業所が持ち回りで担当しているが、精神障害に関する事例が多く、特に「自己決定の保障」や「医療を中断した場合の対応」に関する課題が多くあげられている。事例検討会を主催しているH市の精神保健福祉士は、自らの専門性を生かして精神障害の理解を促進し、支援技術を向上させる必要性を痛感している。

## ⇒状況分析と課題

障害者総合支援法が明記している相談支援の充実強化のもと、地域の相談支援の体制整備と質の向上は各自治体が抱える喫緊の課題である。事例検討会は、具体的な事例を通して支援の質を高めると同時に、**支援ネットワークの構築を図る【指針9】**有効な方法である。つまり、事例検討会を通じて、他職種・他機関の相互理解と連携が強化され、それを利用者支援に反映させることで、**必要なサービスが途切れることを防ぐ調整機能【指針5】**につながるのである。行政機関の精神保健福祉士は、こうした事例検討会を積極的に組織化し、機能させることが求められる。

事例のように、精神障害への対応や支援に戸惑いを感じている支援者の声も聞かれるところである。精神保健福祉士は、自分たちが特に重視してきた**自己決定の尊重を意識した実践【指針1】**を繰り返し確認するとともに、精神疾患の理解の促進と実践方法の共有化を図ることが重要である。なお、事例検討会は具体的な事例を扱うため、**利用者の権利擁護を常に意識し【指針1】**、プライバシーの保護に最大限留意しなければならない。事例

検討の目的は利用者により良い支援を行うことであり、利用者の権利擁護に他ならない。

### 事例2：定期的な研修会を軸としたネットワークの形成

I県に勤務する精神保健福祉士は、有志を募り定期的な勉強会を開始し、隔月で開催している。勉強会に参加している精神保健福祉士の所属機関は、障害福祉担当課や保健所、児童相談所などであるが、精神保健福祉行政と関連する分野に携わる職員にも門戸を開いている。勉強会のテーマは「精神保健福祉法の改正内容とその課題」、「県保健所との連携」「各機関や各課の業務内容について」などである。勉強会では、テーマにかかわらずソーシャルワークの視点や価値について振り返り、再考することを重視し、また、各所属機関におけるソーシャルワーカーの課題と相互理解を図るようにした。

ある時、障害福祉課の担当ケースで、子育て支援のニーズが高く急を要する場面があった。そして、日頃の勉強会における障害福祉課と子育て支援部門の連携と、互いの機関の機能特性を学んでいたことが功を奏し、スムーズな連携及び調整が可能となった。

#### ⇒状況分析と課題

精神保健福祉士の倫理綱領では、その専門性の向上に努めることが明記されている。行政機関にかかわらず、所属機関の枠組みを超えて研鑽を積み、多様な相談内容に対応できるよう、専門性の向上に努める【指針6】ことが不可欠である。近年の度重なる法改正を背景に、行政機関の精神保健福祉士もその対応に追われ、法規定業務をこなすことで精一杯という現状に直面している。しかし、だからこそソーシャルワークの視点に立ち戻る機会を作り、単なる制度運用に留まらず、最善の支援を考える【指針7】ことを目指したい。

事例では、勉強会が行政機関間の連携を促進し、具体的なケースにおいて支援ネットワークとして機能した【指針9】。勉強会が支援の体制基盤につながり、必要なサービスが途切れることがないよう調整を図る【指針5】ことができたのである。勉強会や研鑽は一専門職の行為を超えて、相談支援業務の土台をなすものである。そうした認識を持って、勉強会を業務として位置づけている働きかけも重要である。それが、行政機関のなかでソーシャルワークの視点を定着させ【指針11】、広く住民サービスの向上につながるのである。

#### チェックポイント

- 研鑽を重ねることが精神保健福祉士の責務であることを意識していますか？
- 事例検討の開催において、守秘義務を徹底させる手続きを取っていますか？
- 研修会や勉強会を活用した他職種・他機関の相互理解と連携に取り組んでいますか？
- 地域の相談支援の質の向上のために、研修会の企画・開催に取り組んでいますか？

## 業務名7 関係機関及び団体との連携・協力・連絡調整

### 定義

精神保健福祉及び障害者福祉にかかわる機関や人材との連携を促進し、協力体制を築くとともに、必要な連絡調整を図り、サービス提供の質の向上と基盤整備に取り組む。

### 指針

- ◇権利擁護と自己決定の尊重を意識した実践を行う【指針1】
- ◇個人・家族・集団・地域の個別化を重視し理解する【指針3】
- ◇ソーシャルワークの視点から施策の創設及び改善を行う【指針8】
- ◇他職種・他機関との連携を積み重ね、支援ネットワークを構築する【指針9】

### 具体例と指針に基づく状況分析

#### 事例：地域自立支援協議会における機関間連携

J市では、障害福祉課が事務局となって地域自立支援協議会（以下、協議会）の運営にあたっている。その実務にあたる精神保健福祉士は、地域の関係機関の職員や民生委員、ボランティアなどと協働して協議会活動に取り組んできた。協議会では障害種別にとられない横断的な地域課題を取り上げ、専門部会を組織してそれぞれの課題に対する改善策や解決策を検討する機会と位置づけていた。

協議会設置から数年が経過し、各参加機関や団体の相互理解は進んでいる様子であったが、毎回、それぞれの機関の機能や障害種別による対応の違いの話に留まり、なかなか共通した地域課題への取り組みに発展しなかった。また、J市は歴史的に精神障害者が利用できる資源が乏しかった背景があり、精神保健福祉の課題に対する共通理解が難しい側面がうかがえた。事務局を担当する精神保健福祉士は、もっと協議会の機能を強化したいと考え、他市の取り組みを参考にすなかで、当事者の力を協議会に反映させたいと思うようになった。そこで、昨年立ち上げた当事者部会の代表者を各専門部会に派遣する形で活性化を図ることを協議会の運営会議に提案したところ、さっそく実施することになった。

当事者部会では、異なる障害を持つ人々が相互理解を深め、様々なニーズがあがっていた。それらのニーズを当事者の立場から専門部会に投げかけることによって、専門部会の話題は所属機関や団体の実情から、当事者のニーズを出発点とした協議へと発展した。そして、精神保健福祉の課題を含めた地域課題の改善に向けた具体的な取り組みが検討されるようになり、J市の障害福祉計画策定の際に、協議会の提言としてまとめた。

#### ⇒状況分析と課題

地域の関係機関や諸団体、ボランティアや当事者それぞれが有機的に連携を取り、協力して地域課題に取り組めるよう様々な調整を図ることは、行政機関の精神保健福祉士に欠かせない業務である（**支援ネットワークの構築【指針9】**）。障害者総合支援法における地域の協議会（地域自立支援協議会など）は、そうした機能が期待されており、市の精神保健福祉士がその実務や運営にかかわることも多い。

しかし、多様な機関や団体が集まる場が設定されても、それがそのまま支援ネットワークとして機能し、サービス提供体制の整備につながるわけではない。共通の地域課題について協議しようとしても、様々な課題を「障害特性の違い」や「機関や団体の抱えている事情」として話が終わってしまうこともある。精神保健福祉士は、その背景にある地域の実情や人々の認識を個別化して理解し【指針3】、方策を練ることが必要になる。事例のように、当事者との協働は有益な方法である。当事者が地域連携の柱として参画し、そのニーズを反映した協議を展開することは、精神保健福祉士の責務である権利擁護と自己決定の尊重【指針1】を具体的に表すものである。また、そうした活動や協議内容を施策につなげること（ソーシャルワークの視点から施策の創設及び改善【指針8】）も重要である。

### チェックポイント

- 協議会や連携会議が形骸化した集まりになっていませんか？
- 関係者が連携の意義と目的を理解し共有できるよう、きちんと言語化できていますか？
- 地域特性や地域の関係機関・団体の実情を踏まえた調整を行っていますか？
- 当事者との協働を踏まえた地域連携に取り組んでいますか？

### ● 地域における協議会と精神保健福祉士の役割 ●

2006（平成18）年の障害者自立支援法施行時より、市町村及び都道府県における地域自立支援協議会の設置が推進され、関係機関等が障害者等の支援にかかわる地域課題を共有し、相互の連携を図りつつ支援体制の整備に向けた協議を進めることが期待されている。2012（平成24）年の障害者総合支援法への改正において、その名称を地域の実情に応じて変更できるよう「協議会」と改め、協議会の構成員に障害者等及びその家族が含まれることが明記されるようになった。また、市町村及び都道府県は障害福祉計画の策定または変更に際して、あらかじめ協議会の意見を聴くように努めなければならない旨が示されている。

協議会は、地域における相談支援の充実を目指し、その体制基盤としての地域連携の強化と地域課題を施策に反映させる機能を有している。これは、まさに「ミクロ－メゾ－マクロ」を連動させて人々の福祉の向上を図るソーシャルワーク機能を体現するものである。精神保健福祉士は協議会の運営や活動に積極的に参画し、協議会の機能の充実強化に努めることが望まれる。

## 業務名8 行政機関の責務等が規定されている法令に基づく業務

### 定義

精神保健福祉行政にかかわる根拠法令を熟知し、行政機関の責務及び法令遵守義務を負う公務員の立場を認識して、適切な運用にあたる。

### 指針

- ◇権利擁護と自己決定の尊重を意識した実践を行う【指針1】
- ◇根拠法令に基づく制度運用に留まらず、最善の支援を考える【指針7】
- ◇ソーシャルワークの視点から施策の創設及び改善を行う【指針8】
- ◇他職種・他機関との連携を積み重ね、支援ネットワークを構築する【指針9】
- ◇行政機関のなかでソーシャルワークの視点を定着させる【指針11】

### 具体例と指針に基づく状況分析

#### 事例：精神科医療における実地指導の適正化への取り組み

K県では、県内の精神科病院における人権侵害による事件が発生したことを受け、精神保健福祉法に基づく医療機関への実地指導の強化が急務となった。それまで一般行政職が行っていた実地指導を精神保健福祉士が行うことになり、担当の精神保健福祉士はより適正な指導の運用に取り組むことになった。

精神保健福祉士は、K県内の精神科病院の多くが未だ入院環境が整備されておらず入院患者のプライバシーが護られていない実態に直面し、精神障害者の人権擁護の視点から徹底した指導を進めていった。また、精神保健福祉士を配置していない病院に対して配置を促し、病院内の権利擁護を積極的に担う人材の必要性を説いた。こうした実地指導の強化により一定の状況改善は見られたが、精神保健福祉士は個別の指導だけでなくK県全体で医療機関が共有し遵守すべき人権擁護の標準化が必要だと考えていた。

精神保健福祉士はK県の精神保健福祉審議会に先の人権侵害による事件に関して諮問することを上司に提案した。そして、精神保健福祉審議会はK県全体で再発予防に取り組む体制づくりが必須であるとの意見具申を県知事に提出するに至ったのである。この意見具申を受けて、精神保健福祉士は、K県精神科病院協会と何度も協議を重ね、県内全ての精神科病院に「権利擁護委員会」を設置すること、全ての病棟に「意見箱」を設置することなどの協力を得ることができた。

#### ⇒状況分析と課題

精神科医療における人権擁護を目的とした医療機関への実地指導は精神保健福祉法で規定された都道府県の重要な業務である。この業務を担う精神保健福祉士は、法令を遵守するとともに、その結果が精神科医療の利用者の権利に大きくかわることを常に自覚し、**権利擁護と自己決定の尊重を意識した実践を行う【指針1】**ことが何よりも重要である。

また、事例のK県が当初そうだったように実地指導を一般行政職が行っている自治体も少なくないが、その際の指導が患者の権利擁護として機能しているのかを注視し、必要な

改善を図ることも精神保健福祉士には求められる。精神保健福祉の歴史や課題、精神障害者の権利擁護に関する専門知識を持ち合わせていない人にとっては、人権上改善が必要と思われる事象でも、指導マニュアルに明記されていなければ、それを問題として認識することが難しい面もある。さらに同様の事象をいくつもの医療機関で目にすれば、「それが精神科病院の標準」という誤った認識を形成しかねない。こうして制度運用が形骸化することのないよう（**根拠法令に基づく制度運用に留まらず、最善の支援を考える【指針7】**）、精神保健福祉士は、行政機関のなかで権利擁護に関する共通認識を促進し、それを基準とした適切な運用に向けて働きかけることが必要である（**行政機関のなかでソーシャルワークの視点を定着させる【指針11】**）。さらに、事例が示す意見具申の提出から精神科病院協会の協力を得る一連の流れは、県内全ての精神科病院に対して効力のある施策の創設につながり、広く精神保健福祉の質の向上を具体化させるものである。このように、**他機関（事例では精神科病院協会）との連携に基づく支援ネットワークを構築し【指針9】**、**ソーシャルワークの視点から施策の創設及び改善を行う【指針8】**ことは、行政機関の精神保健福祉士においてより期待されることである。

**チェックポイント**

- 法施行業務が人々の権利擁護に向かうものになっていますか？
- 法令本来の目的を念頭におき実行性のある運用を意識していますか？
- 精神保健福祉行政担当者が権利擁護の認識を高められるよう働きかけていますか？
- 現行法の不備を認識する目を養い、それを改善する努力をしていますか？

● **精神科病院に対する指導監督等の徹底について（厚生省通知）** ●

1 適正な精神医療の確保等について

精神保健福祉施策の推進については、人権に配慮した適正な精神医療の確保、精神障害者の社会復帰・社会参加を促進するという観点から、地域において、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設等との連携を図りつつ、より良い精神医療を目指していくことが必要である。特に、入院患者の処遇については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等に基づき、行動制限、面会、信書、電話、金銭管理等にかかる処遇が適切に行われ、社会復帰に向けた様々な環境整備を積極的に推進していく必要があることから、管下精神医療機関に対して指導の徹底を図られたい。

## 業務名9 精神保健福祉サービスの充実や資源定着のために行う業務

### 定義

精神保健福祉サービスの充実に向けて、モデル事業やパイロット事業などが、住民サービスとして定着するように、将来的な施策の方向性を予測しながら具体的に展開する。

### 指針

- ◇ニーズの把握に努め、適切なサービスを提供する【指針4】
- ◇必要なサービスが途切れることがないように調整を図る【指針5】
- ◇ソーシャルワークの視点から施策の創設及び改善を行う【指針8】
- ◇他職種・他機関との連携を積み重ね、支援ネットワークを構築する【指針9】
- ◇行政機関のなかでソーシャルワークの視点を定着させる【指針11】

### 具体例と指針に基づく状況分析

#### 事例：精神障害者アウトリーチの定着に向けて

Ｌ県に勤務する精神保健福祉士は、国がモデル事業化した「精神障害者アウトリーチ推進事業」の運用にかかわることになった。精神保健福祉士はこの事業を精神障害者が地域で安心して暮らすために必要なサービスとして定着させることが重要だと考え、モデル事業を県内に広く周知させ、有効な事業展開が期待できる県内の医療機関に事業の導入を促進していた。また、その効果や課題を把握するために、日頃から実施状況を聞き取り、データの集約を重ねていた。その結果、本モデル事業が長期入院を経て退院した精神障害者への支援として有効に活用されることはもちろんであるが、同時に未受診者や長い期間受療中断している人への支援としてニーズが高いことがうかがえた。

その後、国は精神障害者へのアウトリーチを診療報酬化させてモデル事業を終了したが、精神保健福祉士は診療報酬の規定に未受診者や受療中断者が対象になっていないことに強い懸念をおぼえた。モデル事業において多くの医療機関が未受診者等を支援していたが、それを支える公費がなくなる事態はサービスの中断につながってしまう。熱心に実践を重ねてきた医療機関からは「突然サービスを打ち切ることはいできない。とはいえ病院の持ち出しで支援を続けるのは経営上無理である」という厳しい声があがった。

Ｌ県の精神保健福祉士は、医療機関の声を丁寧聞き、未受診者等への支援事業の打ち切りがもたらす弊害を整理した。さらに、これまでの聞き取り内容やデータを取りまとめ、それらを根拠として県の財政局に事業の必要性を説き、根気強く働きかけた。その結果、Ｌ県では診療報酬化で対象外とされた人たちの支援を「地域生活支援事業」に位置づけ、県が負担分を予算化してサービスの継続が可能となった。

#### ⇒状況分析と課題

モデル事業やパイロット事業は、新たなサービスを創設し適切な運用を図るうえで重要な取り組みである。一方、試行的な位置づけで実施期間が限定されていることから、事例のようにモデル事業の終了がサービスの中断につながることもあり得る。精神保健福祉士

は、事業の導入段階から国の施策の方向性を踏まえて、**必要なサービスが途切れることがないように調整を図る【指針5】**ことが重要である。

そのためには、モデル事業の実施に伴う**ニーズの把握に努め【指針4】**、ニーズに対応させた事業の運用によって、その事業の必要性和効果を示すことが求められる。事例の精神保健福祉士がモデル事業の周知に努め、適切な事業展開が期待できる医療機関と事業とを結びつける取り組みはその一例といえるだろう。また、モデル事業の導入後は、その事業の必要性や有効な運用方法に関するデータをきちんと収集しておくことが肝心である。数値的なデータはもちろん必要だが、事業を担う現場の意見を聞き、実情を把握することはより具体的で説得力のあるデータになる。この点は、精神保健福祉士が日常的に**他機関との連携を積み重ね、ネットワークの構築【指針9】**に取り組んでいるかが問われる。必要な時に必要な情報にアクセスできるような専門職のネットワークは、**ソーシャルワークの視点から施策の創設や事業を立ち上げる【指針8】**うえで非常に有用なのである。

新たな事業を定着させ、安定したサービス提供を行うためには、その事業の予算化が不可欠である。どの自治体も限られた財源のなかで、多様な住民のニーズに対応しなければならない。精神保健福祉士は、精神保健福祉サービスの充実に向けた事業が予算化されるよう、その事業が必要な根拠を分かりやすく説得力をもって伝えるスキルが求められる。そのためには、精神保健福祉の専門知識のみならず、国の補助金や自治体財政の仕組みに関する理解が必要となり、一般行政職の協力も得ながら進めていくことが大切である。こうして異なる業種と協働体制を築くことは、**行政機関のなかでソーシャルワークの視点を定着させる【指針11】**ことにつながるのである。

#### チェックポイント

- モデル事業やパイロット事業が形式的な運用になっていませんか？
- サービスの導入段階から、その定着に向けて施策の方向性を踏まえて取り組んでいますか？
- 事業の運用実態及びその必要性や課題に関する情報を適切に収集していますか？
- 専門職としてのネットワークを施策や事業の創設・定着に活用していますか？
- 補助金や予算の仕組みなど財政面での理解に努めていますか？

## **第Ⅳ部**

# **本業務指針における 用語の解説**

# 1 用語の解説と定義

本業務指針では、「業務」及び業務を構成する要素の定義を第I部にて提示した。第IV部では、第II部及び第III部で表した個々の業務指針で使用している主要な用語について、一定の整理を行ったものを以下に示す。

ここで取り上げる用語は、いずれもソーシャルワーク実践に欠かせない重要な概念であるが、その解釈や理解について十分に共通認識が得られているとは言い難い。これらの概念規定は、本委員会単独で取り組めるものではなく、職能団体として十分な協議・検討を行う必要があると考えている。その点を認識しつつ、本業務指針作成における共通認識を図るために暫定的な用語の整理と定義を図ったものである。

## ●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、国際ソーシャルワーカー連盟（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を目指したものである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。古川孝順によれば「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）。

## ●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おかれた人々が、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。さらに加えて、エンパワメントには社会が有するパワーの醸成も含まれる。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おいてきたことでクライア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

クライア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ア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）。

### ●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）。

### ●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お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）。

### ●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、本業務指針では、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。

### ●自己決定

自己決定を尊重することは、「バイステック」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、またブトゥリム（1976=1986）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。

### ●社会的入院、長期入院、長期在院

「社会的入院」とは、医療上は積極的な入院治療の必要はないが、社会福祉制度の不備や家族の受け入れ、差別や偏見等により、退院して地域生活することができずに、入院を続けざるを得ない状態をいう。社会的入院にある患者が、退院の目途が立たず長期的に入院（長期入院）している状態を「長期在院」といい、高齢者患者や精神疾患患者に多く見られる。諸調査では1～2年以上の長期在院患者のうち30%前後の患者が社会的入院に相当するとされている（『精神保健福祉用語辞典』P221、P387）。

### ●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持っている能力、才能、資源、適応力などを総体とした強さ、もしくは長所を意味する。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）。

### ●精神障害者、本人、当事者、クライアント、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。本業務指針では、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」の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者をいう」と規定され、さらに障害者基本法第2条で「身体障

- 害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害がある者であつて、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう」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及びその家族をも含む概念として用いられる。障害者福祉にかか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）。
  - \*クライアント：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アントとは、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：本業務指針では、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。

### ●精神障害、精神障がい／障害、障がい、障碍

「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』）。本業務指針では、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。このようにどの表記が適切であるかは、今後さらなる議論が進むと考えられるが、本業務指針では、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。本業務指針では、「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、公益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。

また本業務指針では、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。

### ●相談援助、相談支援

「相談援助（あるいは相談支援）」とは、ソーシャルワーク理論を基盤として行われる精神保健福祉における相談活動をいう。精神保健福祉の援助を行う際には、的確なニーズ把握を行い、問題解決のプロセスを支援し、必要に応じて適切な社会資源を活用することが重要となる。

### ●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）。

### ●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<sup>⑩</sup>拠り所とする基盤である」（IFSW2000）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（2000）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いて具体的に提供されるサービス内容の総称を意味する。

⑩なおIFSWは2014年7月に、新たな「ソーシャルワークのグローバル定義」を採択した。

### ●退院促進、地域移行、退院支援

「退院促進」とは、入院患者が退院後、地域で自分の意向に沿った安心した生活を送ること（地域移行）ができるように、入院中から退院後の地域における生活を想定し、支援を行うことである。退院促進・地域移行を目的とした精神障害者地域移行・地域定着支援事業として、退院に向けた個別支援計画書の作成、患者やその家族への心理的、経済的、社会的問題への働きかけや退院後の関係機関との連絡調整等を行う。

### ●ニーズ

「ニーズ」とは、人間が社会生活を営むうえで身体的・心理的・社会的なものについて、ある集団や個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（『精神保健福祉の理論と相談援助の展開』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』）。

### ●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、本業務指針では「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）：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・早期治療によって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り組みを指す。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、増進させる取り組みを指す（『精神保健福祉用語辞典』P328）。

### ●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）。また、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（『精神保健福祉におけるリハビリテーション』P36-37）。

### ●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、障害者の機能的な能力を可能な最高レベルに達せしめること」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」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包括的な概念といえる（『精神保健福祉におけるリハビリテーション』P7-8）。

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（ウイング&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）。

### ●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。

本業務指針では、「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、本業務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「連携」とは、あくまでも当事者支援のための「連携」を意味する。

本業務指針では、「**連携**」を広義の用語と位置づけたうえで、「ネットワーク」「ネットワークング」「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」（『精神保健福祉におけるリハビリテーション』P192-193）。
- \* 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（『精神保健福祉におけるリハビリテーション』P192-193）、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）。

## 2 法律名称と略語

本業務指針では、法律名称について略称・通称を、英語表記の用語については一部略語を使用している。以下に、正式名称を示しておく。

### 【法律名】

- ・精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）
- ・障害者総合支援法（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律）
- ・障害者虐待防止法（障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律）
- ・医療観察法（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）
- ・障害者雇用促進法（障害者の雇用の促進等に関する法律）
- ・DV防止法（配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律）

### 【略語】

- ・AA (Alcoholics Anonymous)
- ・ACT (Assertive Community Treatment)
- ・IPS (Individual Placement and Support)
- ・SHG (Self Help Group)
- ・ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)
- ・PSW (Psychiatric Social Worker)
- ・SST (Social Skills Training)



# おわりに

2年間の本業務指針の作成にあたり、本委員会委員10名及び担当理事、助言者、常務理事による2か月に1回の集中的な協議を行ってきた。また、具体的な指針作成の段階では、協力委員の参画も得て4つのワーキンググループを立ち上げ、それぞれ担当箇所原稿執筆の任にあたった。さらに、本協会の理事ならびに各種委員会委員長に原稿案をチェックして頂き、そのコメントを受けて加筆・修正を繰り返してきた。この間、委員たちは原稿の締め切りに追われ、各原稿の取りまとめと調整作業に追われ、非常に多忙な日々を過ごしてきたと思う。そうした努力の結果、第2版としてまとめることができたことはとても意義のあることだと考えている。改めて、委員をはじめ業務指針作成にかかわってくださった皆様に心から感謝申し上げる。

一方、本業務指針に盛り込めなかった内容や作成過程で新たに見えてきた課題もある。本委員会では、第1版の大幅改訂を目指したことから、改訂の方向性や業務指針を示す枠組み設定に関する協議に多くの時間を要した。この協議内容は非常に重要で有用なものであったが、その分、原稿執筆の作業が難航した局面もあった。特に新規分野の業務指針作成に関して、当初「高齢者・認知症高齢者施設分野」と「学校・教育分野」のワーキンググループを立ち上げて進める計画であったが、結果的に断念せざるを得なかったことは残念に思っている。また、各分野の実践内容を広く現場からヒアリングして指針原稿に反映させることや、作成中の指針原稿を広く構成員にチェックしてもらうプロセスも必要だったと思う。以上を踏まえて、今後の課題を述べたい。

## ①新規分野の業務指針の作成

上記のとおり、本業務指針では第1版で取り上げた3分野（地域・医療・行政）の改訂に留まり、新規分野の業務指針作成には至らなかった。精神保健福祉士の職域拡大に伴い、様々な領域で精神保健福祉士の専門性に裏打ちされた実践が期待されている。しかし、こうした新たな領域における活動は、その方法や業務体系が未整備の状況にあり、多くが手探りで実践を積み重ねているところである。また、司法、教育、産業など、いわゆる保健医療福祉の専門ではない機関における活動では、精神保健福祉士の立場や役割がより曖昧な状況にあり、自らの専門性をどのように位置づけていくかに力を注いでいることだろう。新規分野における精神保健福祉士の実践の質を担保し、その環境を整備するためにも早期の業務指針作成が求められる。

今後は、新規分野で働く精神保健福祉士が具体的にどのような業務を担っているのか、またその業務展開においてどのような困難や判断に迷う事象に遭遇しているのかについて、現場へのヒアリングを積み重ねていきたい。そして、それらのデータをもとに各新規分野における業務内容と業務指針の体系化を目指したいと考えている。

## ②実践現場からの検証

本業務指針では、業務の具体例をあげながら指針を示すことに留意した。具体的な説明

は「分かりやすさ」「イメージのしやすさ」につながると考えてのことだが、実際には具体例として取り上げられない場面も多く存在する。特に第Ⅲ部の分野別業務指針（各論）では、事例を用いて指針を示したことから、幅広い実践の一部に偏るのではないかと指摘も受けた。もちろん、全ての場面を具体例として取り上げることは不可能だが、本業務指針で示した具体例が、精神保健福祉士の業務の代表例、典型例として他の場面にも応用可能なものであるのかの検証が必要である。この点は、第Ⅱ部の業務指針（総論）で取り上げた24の業務についても同様である。

また、第Ⅱ部では業務を構成する要素の全体像を描けるように指針を示した。これは第Ⅰ部で述べたように精神保健福祉士の業務が決して行為の側面だけを示すのではなく、そこに価値や理念・レベル性・機能・技術を網羅した表現内容であることを意図したものである。このことは重要だと考えているが、結果として1つの業務の指針を説明するうえで多くの情報を組み込む形となり、複雑な印象を受けるかもしれない。この点についても現場からの検証を重ね、より活用しやすいものになるようさらなる工夫が必要である。

### ③用語の定義のさらなる検討

業務にかかわる用語の定義とその関連を明確化することは、業務指針を作成するうえでの土台であり不可欠な作業である。本委員会では、その作業に多くの時間を割き一定のまとめを行ったが、決して十分とはいえない。むしろ、用語の定義を検討すればするほど、その複雑さ困難さが増してきたというのが実感である。

また、第Ⅳ部の「用語の解説と定義」は第1版をもとに修正を加えたものだが、この改訂に関する協議を十分に行うことができなかった。第1版でも用語の定義とその共有が今後の重要課題にあげられていたが、それは次に引続く課題となった。用語の定義は、一朝一夕にできることでも一委員会でもできることでもないが、継続的に検討を重ねていくことが重要だと考えている。

以上、本委員会の総括として今後の課題を述べた。業務指針の作成過程で常に痛感するのは、価値と理念を基盤とした包括的な精神保健福祉士の実践を「業務」を切り口に紙面に落とし込む難しさである。この紙面上の業務指針に息吹を与え肉付けするのは精神保健福祉士一人ひとりの実践に他ならない。業務指針は現場実践との相互作用で作られていくものであり、現場からの評価と検証を受けて、より実践的活用を促進する業務指針として最適化するよう改訂を重ねていくことが望まれる。

「精神保健福祉士業務指針」作成委員会

委員長 岩本 操

## 参考文献一覧

1. 「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。

(アルファベット順に記載)

### 【第I部】

- ・ Bartlett, H.M. (1970) *The Common Base of Social Work Practice* (=1978、小松源助訳『社会福祉実践の共通基盤』ミネルヴァ書房)
- ・ Biestek, F.P. (1957) *The Casework Relationship* (=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] 一援助関係を形成する技法』誠信書房)
- ・ Butrym, Z.T. (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)
- ・ Evans, D.R. et al (=1990、杉本照子監訳『面接のプログラム学習』相川書房)
- ・ Fromm-Reichmann, F. (1959) *Psychoanalysis and Psychotherapy: Selected Papers of Frieda Fromm-Reichmann* (=1963、早坂泰次郎訳『人間関係の病理学』誠信書房)
- ・ Germain, C.B. (=1992、小島蓉子編訳『エコロジカルソーシャルワーク カレル・ジャーマイン名論文集』学苑社)
- ・ Gibelman, M. (1995) *What Social Workers Do* (=1999、仲村優一監訳『ソーシャルワーカーの役割と機能』日本ソーシャルワーカー協会)
- ・ 保田井進・硯川真旬・黒木保博編著 (1999) 『福祉グループワークの理論と実際』ミネルヴァ書房
- ・ 堀越由紀子 (1999) 「保健医療と福祉のネットワーク」『ソーシャルワーク研究』25 (1)、17-27
- ・ 福田垂穂・前田ケイ・秋山智久編 (1979) 『グループワーク教室 集団の活用による人間性の回復を探る』有斐閣選書
- ・ 岩本操 (2012) 「精神保健福祉士を取り巻く状況—「閉塞感」を乗り越えていくために—」『精神保健福祉』43 (4)
- ・ Johnson, L.C. & Yanca, S.J. (2001) *Social Work Practice: A Generalist Approach 7<sup>th</sup> edition* (=2004、山辺朗子・岩間伸之訳『ジェネラリスト・ソーシャルワーク』ミネルヴァ書房)
- ・ 柏木昭編著 (2002) 『新精神医学ソーシャルワーク』岩崎学術出版社
- ・ 金川洋輔 (2012) 「地域移行・地域定着支援におけるアウトリーチ」『精神保健福祉』43 (2)、109
- ・ 川村隆彦 (2011) 『ソーシャルワーカーの力量を高める理論・アプローチ』中央法規
- ・ 木原活信 (2010) 「マッピング・プラクティスの活用」岡本民夫・平塚良子編著『新しいソーシャルワークの展開』ミネルヴァ書房、121-123
- ・ 北島英治・副田あけみ・高橋重宏・渡部律子編 (2002) 『ソーシャルワーク実践の基礎理論』有斐閣
- ・ 北川清一・村田典子・松岡敦子 (2005) 「脱構築 (deconstruction) 分析による事例研究—ソーシャルワーカー・アイデンティティの形成を目指して—」『ソーシャルワーク研究』31 (2)、61-69
- ・ Kirst-Ashman, K.K. & Hull, G.H.Jr. (2006) *Understanding Generalist Practice*, Thomson
- ・ 近藤直司 (2012) 『医療・保健・福祉・心理専門職のためのアセスメント技術を高めるハンドブック』明石書店
- ・ Konopka, G. (1963) *Social Group Work: A Helping Process*, Prentice-Hall. (=1967、前田ケイ訳『ソーシャル・グループ・ワーク—援助の過程』全国社会福祉協議会)

- ・厚生労働省HP (2013)「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」資料
- ・久保絃章・副田あけみ編著 (2005)『ソーシャルワークの実践モデル—心理社会的アプローチからナラティブまで』川島書店
- ・Moxley,D.P. (1989) *The Practice of Case Management* (=1994、野中猛・加藤裕子監訳『ケースマネジメント入門』中央法規)
- ・中村沙織 (2009)「支援レパトリーをめぐる展開 I ソーシャルワークにおけるその他の支援レパトリーの位置」太田義弘編著『ソーシャルワーク実践と支援科学—理論・方法・支援ツール・生活支援過程—』相川書房、169-173
- ・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 (2004)『日本精神保健福祉士協会員に関する業務統計調査報告』
- ・日本精神保健福祉士養成校協会編 (2012) 新・精神保健福祉士養成講座 4 『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I』中央法規
- ・日本精神保健福祉士養成校協会編 (2012) 新・精神保健福祉士養成講座 5 『精神保健福祉の理論と相談援助の展開 II』中央法規
- ・日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会 (1990)「精神科ソーシャルワーカー業務指針」『精神医学ソーシャル・ワーク』20 (26)
- ・野村武夫 (1999)『初めて学ぶグループワーク—援助のあり方とワーカーの役割』ミネルヴァ書房
- ・小田敏雄 (2002)「機能分化する精神科病院におけるPSWの課題」『精神保健福祉』33 (2)、115
- ・岡本民夫・奥田いさよ他 (1992)「老人福祉サービスにおける事前評価とエコマップ—ソーシャルワーク実践の図式化表示の試み—」『ソーシャルワーク研究』18 (2)、174-180
- ・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』66、107-113
- ・小原真知子 (1997)「ソーシャルワーカーと医療専門職との協働—リハビリテーション・チーム医療の経験から—」『ソーシャルワーク研究』23 (3)、32-42
- ・大西良・米川和雄 (2010)「学校環境のアセスメント—包括的アセスメントを活かした視点—」『スクールソーシャルワーク実習・演習テキスト』北大路書房、33-59
- ・太田義弘 (1995)「ソーシャル・ワークにおけるアセスメント—その意義と方法—」『ソーシャルワーク研究』20 (4)、260-266
- ・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
- ・Rapp,C.A. & Goscha,R.J. (2006)*The Strengths Model : Case Management with People with Psychiatric Disabilities 2<sup>nd</sup> edition* (=2008、田中英樹監訳『ストレングスマodel—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)
- ・Reid,K.E. *From Character Building to Social Treatment The History of the Use of Groups in Social Work* (=1992、大利一雄訳『グループワークの歴史 人格形成から社会的処遇へ』勁草書房)
- ・精神保健福祉白書編集委員会編 (2012)『精神保健福祉白書2013年版 障害者総合支援法の施行と障害者施策の行方』中央法規
- ・社団法人日本精神保健福祉士協会 (2004協会採択)「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)『日本精神保健福祉士協会40年史』へるす出版
- ・社団法人日本精神保健福祉士協会 (2007)『構成員ハンドブック』
- ・社団法人日本精神保健福祉士協会総務部「精神保健福祉士業務指針」提案委員会 (2008)「精神保健福祉士業務分類および業務指針作成に関する報告書」

- ・ 社団法人日本社会福祉士会編 (2004) 『新・社会福祉援助の共通基盤 上』中央法規
- ・ 社会福祉専門職団体協議会 (2005本協会採択) 「ソーシャルワーカーの倫理綱領」
- ・ 社会福祉士養成講座編集委員会編 (2009) 『新・社会福祉士養成講座7 相談援助の理論と方法 I』中央法規
- ・ 高山恵理子 (2000) 「医療機関におけるソーシャルワーク業務の実証的検証」『社会福祉学』41 (1)、99-109
- ・ 東京都衛生局 (1987) 「医療におけるソーシャル・ワーク確立のために—業務分類と統計に関する報告—」
- ・ 渡部律子 (2003) 「改革期におけるソーシャルワークの行方—『対等な関係』『利用』『支援』の概念を手がかりに—」『ソーシャルワーク研究』29 (3)、4-13
- ・ 渡部律子 (2011) 『高齢者援助における相談面接の理論と実際 第2版』医歯薬出版
- ・ 谷中輝雄 (1996) 『生活支援—精神障害者生活支援の理念と方法』やどかり
- ・ 全米ソーシャルワーカー協会編著・日本ソーシャルワーカー協会訳 (1997) 『全米ソーシャルワーカー協会 ソーシャルワーク実務基準および業務指針』相川書房

## 【第Ⅱ部】

- ・ Germain,C.B. & Gitterman,A. (1996) *The Life Model of Social Work Practice : Advances in Theory & Practice 2<sup>nd</sup> edition* (=2008、田中禮子・小寺全世・橋本由紀子監訳『ソーシャルワーク実践と生活モデル』(上・下) ふくろう出版)
- ・ 早川恵子 (2008) 「SSTで育てる学校生活の心地よさ：本人・家族のためのSST実践ガイド」『こころの科学 特別号』172-180
- ・ 岩崎久志 (2000) 「教育臨床における福祉的視点を重視した連携機能の考察—学校ソーシャルワーク導入の必要性」『社会福祉実践理論研究』9、129-138
- ・ 柏木昭編著 (2002) 『新精神医学ソーシャルワーク』岩崎学術出版社
- ・ 窪田暁子 (2013) 『福祉援助の臨床—共感する他者として』誠信書房
- ・ 命婦恭子・向笠章子・浦田英範・津田彰 (2003) 「学校への緊急支援後の教師のストレス反応」『久留米大学心理学研究』2、97-106
- ・ 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 (2004) 『日本精神保健福祉士協会員に関する業務統計調査報告』
- ・ 日本精神保健福祉士養成校協会編 (2012) 新・精神保健福祉士養成講座4 『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ』中央法規
- ・ 日本精神保健福祉士養成校協会編 (2012) 新・精神保健福祉士養成講座5 『精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ』中央法規
- ・ 日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会 (1990) 「精神科ソーシャルワーカー業務指針」『精神医学ソーシャル・ワーク』20 (26)
- ・ 社団法人日本精神保健福祉士協会 (2009、2010) 『精神保健福祉士の業務実態に関する調査報告書』
- ・ 社団法人日本精神保健福祉士協会 (2012) 「特集 家族支援を考える—精神保健福祉士に求められる家族支援」『精神保健福祉』43 (1)、4-37
- ・ 社団法人日本精神保健福祉士協会 (2013) 「特集 当事者による支援活動と精神保健福祉士」『精神保健福祉』44 (1)、4-42
- ・ 田村綾子 (2008) 「スーパービジョン概論」社団法人日本精神保健福祉士協会『認定スーパーバイザー

養成研修テキスト』

- ・全米ソーシャルワーカー協会編著・日本ソーシャルワーカー協会訳（1997）『全米ソーシャルワーカー協会 ソーシャルワーク実務基準および業務指針』相川書房

### 【第Ⅲ部】

[地域分野における業務指針]

- ・相川章子（2013）『精神障がいピアサポーター』中央法規
- ・柏木昭編著（2002）『新精神医学ソーシャルワーク』岩崎学術出版社
- ・野中猛（2003）『図説精神障害リハビリテーション』中央法規
- ・星和書店（2012）「特集 就労支援と医療の統合をめざして」『精神科臨床サービス』12（4）
- ・星和書店（2013）「特集 「ピア」が拓く新しい支援」『精神科臨床サービス』13（1）
- ・精神保健福祉白書編集委員会編（2012）『精神保健福祉白書2013年版 障害者総合支援法の施行と障害者施策の行方』中央法規
- ・高木俊介・藤田大輔編（2011）『実践！アウトリーチ入門』日本評論社

[医療分野における業務指針]

- ・Biestek,F.P. (1957) *The Casework Relationship* (=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] 一援助関係を形成する技法』誠信書房)
- ・柏木昭・佐々木敏明・荒田寛（2010）『ソーシャルワーク協働の思想—“クリネー”から“トポス”へ』へるす出版
- ・Konopka,G. (1963) *Social Group Work: A Helping Process* (=1967、前田ケイ訳『ソーシャル・グループ・ワーカー援助の過程』全国社会福祉協議会)
- ・熊谷彰人（2010）「診療報酬と精神保健福祉士—精神科病院改革・脱施設化を進めるために知っておくべき医療経済と診療報酬の仕組み」『精神保健福祉』41（2）、96-99
- ・Schwartz,W. & Zalba,S.R. (1971) *The Practice of Group Work* (=1978、前田ケイ・大利一雄・津金正司訳『グループワークの実際』相川書房)
- ・社会保険研究所（2012）『医科点数表の解釈 平成24年4月版』
- ・WHO（2001）*International Classification of Functioning, Disability and Health* (=2002、障害者福祉研究会編『ICF国際生活機能分類—国際障害分類改定版』中央法規)

[行政分野における業務指針]

- ・柏木昭・荒田寛・佐々木敏明編（2009）『これからの精神保健福祉 精神保健福祉士ガイドブック』へるす出版
- ・社団法人日本精神保健福祉士協会（2013）「特集 法制度に向き合い続ける精神保健福祉士の価値」『精神保健福祉』44（2）、81-116
- ・精神保健福祉白書編集委員会編（2011）『精神保健福祉白書2012年版 東日本大震災と新しい地域づくり』中央法規
- ・精神保健福祉白書編集委員会編（2012）『精神保健福祉白書2013年版 障害者総合支援法の施行と障害者施策の行方』中央法規

### 【第Ⅳ部】

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

- ・新版精神保健福祉士養成セミナー編集委員会（2012）新版精神保健福祉士養成セミナー第4巻『精神保健福祉の理論と相談援助の展開』へるす出版
- ・新版精神保健福祉士養成セミナー編集委員会（2012）新版精神保健福祉士養成セミナー第5巻『精神保健福祉におけるリハビリテーション』へるす出版

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。

- ・Biestek,F.P. (1957) *The Casework Relationship* (=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] —援助関係を形成する技法』誠信書房)
- ・Butrym,Z.T. (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)
- ・Flexner,A. (1915) *Is Social Work a Profession?* “The Proceedings of NCCC”
- ・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』34 (4)、278-290
- ・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』66、107-113
- ・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
- ・Rapp,C.A. & Goscha,R.J. (2006) *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities 2<sup>nd</sup> 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)
- ・Schon,D.A. (1978) *Organizational Learning: A theory of action perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley. (=2007、柳沢昌一・三輪健二監訳『省察的实践とは何か—プロフェッショナルの行為と思考』鳳書房)
- ・Schon,D.A. (1983) *The Reflective Practitioner* (=2001、佐藤学・秋田喜代美訳『専門家の知恵』ゆみる出版)
- ・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
- ・上野千鶴子・中西正司編 (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
- ・WHO (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health* (=2002、障害者福祉研究会編『ICF国際生活機能分類—国際障害分類改定版』中央法規)

**「精神保健福祉士業務指針」作成委員会**

(2012年4月～2014年6月)

委員長 岩本 操 (東京都、武蔵野大学)  
 副委員長 古屋 龍太 (東京都、日本社会事業大学大学院)  
 委員 赤畑 淳 (埼玉県、立教大学)  
 委員 井上 牧子 (東京都、目白大学) ※2014年1月まで  
 委員 大西 良 (福岡県、久留米大学比較文化研究所)  
 委員 加藤 雅江 (東京都、杏林大学医学部付属病院)  
 委員 國重 智宏 (東京都、つしま記念学園 日本福祉学院)  
 委員 栗原 活雄 (東京都、陽和病院)  
 委員 添田 雅宏 (東京都、日本社会事業大学)  
 委員 山中 達也 (山梨県、山梨県立大学)

助言者 西澤 利朗 (東京都、目白大学)

担当理事 田村 綾子 (埼玉県、聖学院大学)  
 担当常務理事 木太 直人 (東京都)

協力委員 鈴木あおい (東京都、NPO法人多摩在宅支援センター円)  
 中川 浩二 (和歌山県、和歌山県庁)  
 中川さゆり (東京都、社会福祉法人府中えりじあ福祉会)  
 長谷川 治 (青森県、青森市役所兼青森市保健所)  
 渡辺由美子 (千葉県、市川市南八幡メンタルサポートセンター)

\* 所属は2014 (平成26) 年3月末時点のものを記載

**「精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第2版」執筆担当一覧**

赤畑 淳 第Ⅲ部 (医療分野)  
 岩本 操 第Ⅰ部、第Ⅱ部、第Ⅲ部 (行政分野)  
 大西 良 第Ⅰ部 (B.機能)、第Ⅱ部、第Ⅳ部  
 加藤 雅江 第Ⅲ部 (医療分野)  
 木太 直人 第Ⅱ部  
 國重 智宏 第Ⅲ部 (医療分野)  
 栗原 活雄 第Ⅰ部 (C.技能/技術 グループワーク)、第Ⅱ部  
 鈴木あおい 第Ⅲ部 (地域分野)  
 添田 雅宏 第Ⅲ部 (地域分野)  
 田村 綾子 第Ⅱ部  
 中川 浩二 第Ⅲ部 (行政分野)  
 中川さゆり 第Ⅲ部 (地域分野)  
 長谷川 治 第Ⅲ部 (行政分野)  
 古屋 龍太 第Ⅲ部 (地域分野)  
 渡辺由美子 第Ⅲ部 (行政分野)

## 精神保健福祉士業務指針及び業務分類 第2版

---

(非売品)

---

2014年9月30日 発行

編著者 公益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」作成委員会  
(現「精神保健福祉士業務指針」委員会)

発行者 柏木一恵

発行所 公益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23-3 四谷オーキッドビル7F  
TEL 03-5366-3152 FAX 03-5366-2993

制 作 株式会社ワードクロス

---





本冊子は、公益財団法人社会福祉振興・試験センター平成26年度  
福祉人材養成・研修事業（「精神保健福祉士業務指針及び業務分類」  
作成及び普及啓発事業）助成金により作成しています。

Japanese Association of Psychiatric Social Workers