

一般社団法人埼玉県精神保健福祉士協会設立総会記念講演

これからの精神保健福祉士の使命と 職能団体の責務

公益社団法人日本精神保健福祉士協会

会長 柏木一恵

公益財団法人 総合病院 浅香山病院

開院:大正11年11月

許可病床数:1027床

精神:14病棟 804床

(PSWは22名)

一般科:223床(MSWは5名)

・救急病棟50床×2、急性期病棟60床、
認知症治療病棟60床×2
・療養病棟3棟、精神一般病棟3棟、
・地域移行機能強化病棟60床、精神科身体疾患合併症病床50床、
特殊疾患治療病棟60床
ただし、稼働病床は700床にも満たない。
診療科目 精神科・内科・外科・整形外科・泌尿器科
皮膚科、眼科等



関連施設 **老人保健施設**・訪問看護ステーション
ケアプランセンター・**地域包括支援センター**
特別養護老人ホーム

認知症疾患医療センター・認知症初期集中支援チーム
就労移行・就労継続A/B、相談支援事業所
地域活動支援センター、宿泊型自立訓練
デイケア(大規模2つ)

現場のソーシャルワーカーとしての私の日常

1. 担当病棟は60床の特殊疾患治療病棟。

対象患者はほぼ全介助状態で、ターミナル期の人も多い。長期入院の精神障害者や認知症の人が身体機能の低下や合併症で転棟してくるケースが大半。

ほとんどの人が意思の表出が難しく、医療ケアの範囲（経管栄養、胃ろう、人工呼吸器など）を自らの意思で決定することが難しい。

医療保護入院の要件はほとんどないが、「重度かつ慢性」。

退院後生活環境相談員として、定期病状報告書の記入や退院支援委員会を実施する中で、彼らの最晩年の人生の選択を誰がどうすれば、最善の選択ができるのかということを考える。

そして数十年という長年月、精神病院でその人生の大半を生き、老いて、身体の病を得、そして家族の看取りもなく死んでいく、その「生、老、病、死」の傍観者にすぎないPSWの非力さを痛感する。

医師、看護師、ケアワーカー、OT、PT、STなど多職種の特性と役割が明確になる病棟で、自ら何も訴えることのできない患者の生活の質、人間としての尊厳を大事にしようとするケアを担う専門職の姿勢に学ぶことが多い。

現場の仕事をしていることが、PSWとしての私の原動力

2. 認知症疾患医療センター・認知症初期集中支援チームの相談・訪問・運営、関係機関との調整・ネットワーク

精神科医療と介護・福祉領域の連携の担い手としての期待は大きい

認知症の人の意思決定支援、成年後見制度、虐待、終末期ケア、孤独死、運転免許の返納（高齢者の交通アクセス権の保障は？）在宅ケアの可能性、家族支援。初期集中支援チームは受診や治療を本人が望まないアウトリーチが基本であり、支援を拒否する権利か生命の救出や生活の質が優先かなど、PSWとして考えるべき課題が満載

3. 外来者へのケースワーク

日常生活相談、金銭管理、諸手続きの同行・代行、関係スタッフとのやりとり、危機介入、認定調査等の立会、ケア会議の参加など、地域で暮らす人たちの悲喜こもごもの営みに伴走する、普通のケースワークがやっぱり一番面白い。

転職も異動もせずに40年以上相談室勤務。おかげで入退を繰り返しながら、外来通院を続ける患者さんたちとはながーいお付き合い。私の師であり、戦友ともいうべき人たちとの関わりが私の支え。

精神科医療の変化を受け、私の業務も少しずつ変わりつつあるが、実践の中で、学び、考え、怒りや悲しみや喜びを感じながら、やるべきことを見出してきた。

現場こそまさに精神保健福祉士の教場。

多彩な出会いと複眼的視点を与えてくれた様々な役割

- 1. 日本精神保健福祉士協会会長
 - 2. 大阪精神保健福祉士協会顧問
 - 3. 堺市自立支援協議会会長
 - 4. NPO法人堺市相談支援ネット理事
 - 5. SLの会・ソーシャルワーカー(社会福祉士、MSW、PSW)と法律家(主に弁護士)の合同研修会運営委員
 - 6. 精神保健参与員
 - 7. 大阪市「総合的な相談支援体制の充実」事業におけるスーパーバイザー
 - 8. その他(介護支援専門員や相談支援専門員、地域包括支援センター等への研修)
- 様々な役割を担う中で、精神保健福祉士としての課題が見えてくる。それがまた新たな実践につながっていく。



社会的入院への挑戦

昭和から平成にかけての地域移行・地域定着

私の原点～PSWとしての出発点

- 1976年（昭和51）4月、浅香山病院医療福祉相談室に入職。浅香山病院は力動精神医学を学んだ先進的な精神科医のもと、日本最初の間施設の設定やデイケアの運営、PSWや臨床心理士を昭和30年以前より配置していたきわめて先進的と言える病院であった。入職当時には6名の先輩PSWが在籍していた。
- 1970年代からはじまった開放化の流れにのって、浅香山病院も1975年に「開放化実行委員会」を発足させ、翌1976年より準開放化を試みていく。並行してクラブ活動を開始し、堺市婦人団体協議会から病院ボランティアが参加。
- 病棟が開放され、院内作業が廃止された後の、院内での居場所つくりのために、喫茶室や図書室、カラオケコーナー、売店などの運営、クラブ活動の実施など、PSW主体で進められる。
- この交流の場に入院患者さんだけでなく、アパート退院者が集い、その人たちに触発されて入院患者さんたちが同様に病院周辺に退院していき、さらにアパート退院を促進させるという、まさにピアの働きが意図的ではなく、展開していった。
- 公衆電話（赤電話）の設置、閉鎖病棟での現金所持、開放病棟での小遣い自主管理、セイフティボックスの設置、不在者投票設置、社会復帰のためのリハビリクラス（生活保護、医療費と健康保険、年金制度など）の運営など、看護師を巻き込んで病院全体の改革に取り組む。
- 病院もPSWも元気な時代に、SWとして出発できた幸いを今は感謝。

担当病棟（男子閉鎖病棟）での役割

- 110床の出来高病棟で、一部屋に20床以上の部屋もあった。
 - 知識も技術もなかったが、時間だけは有り余るほどあり、業務は
 - 一人一人の患者さんたちとじっくり話すこと
 - 縁遠くなった実家に同行すること
 - 年金や生活保護など限られた社会資源を最大限利用すること
 - 措置解除（いわゆる経済措置）の手続（家族の説得、年金・生保の申請）
（ちょうど、この1976年に「精神障害者措置入院の適正な運用について」という厚生省公衆衛生局長通知）が出ている。）
 - 買物や外出などに付き添うこと
- 「喫茶店でコーヒーを飲みたい」「外の店で服を買いたい」などのささやかな望みさえ抱けない人たち、「家族に会いたい」「家に帰りたい」が見果てぬ夢として扱われる人たち、今思えば、絶海の孤島にいるのと変わらない人たちが普通に存在していた。
- そしてそれを不思議に思わないスタッフや家族や地域社会があった。
 - **21世紀、そして令和の時代に、こんな人はこの日本にひとりもいなくなったのでしょうか？**

担当病棟（男子閉鎖病棟）で感じたこと

- 20歳代に出会った患者さんたちとの関わりが、一番印象的であり、彼らが退院したり、入退院を繰り返しながらも40年近く付き合っている患者さんもいる。
- 家族支援も役割の一つで、経済的にも心理的にも家族の負担を軽減することで、本人と家族の関係が好転することもあった。しかし当時の私には、家族は退院の大きな壁であり、戦う相手でもあった。家族もまた偏見や差別に苦しんでいたとは思いますが、
- 精神病院でその生を終える人も多く、見送る身内が誰一人いない、こんなやりきれない人生を送るひとたちがいなくなることがPSWとしてのわたしの望みとなる。
- 「障害者をしめだす社会は弱くてもろい」という藤井克徳さん（きょうされん）の著書の中にある歌が、私の心情を表現してくれています
- 「出棺を見送る人の影まばら 死してほどけじ差別の結び」
- 単に精神病院を改革すれば社会的入院が解消されるわけではなく、地域や社会の変革をも迫らなければならないということを、一人一人の患者さんとの出会いの中で実感。
- **今もなお「社会的入院解消への挑戦」は私の、そして浅香山病院PSWの最大の課題。**

そして今、 地域移行支援に取り組む浅香山病院のPSWに聞いてみました。
なんでいつまでも入院しているの？



連綿と続く社会的入院との戦い

～アパート退院の挑戦はいまだ終わらず～

- 40年という月日が流れても、一向に変わらない「退院できない理由」。病院の問題も地域側の課題もまるで時代の変化から取り残されたよう。長期入院者の社会復帰支援人材として役割を期待された精神保健福祉士は何をしていたのだろうか？
- 昭和40年代からはじまったアパート退院への取り組みはさまざまに（権利を）失った人々が回復する（復権する）ための最後の選択肢だった。しかし能力に問題があっても家族が反対しても地域から排除されても、本人の退院意欲さえあれば、という条件は本人に意欲がないと進めることができないのが最大の弱点となる。
- 今、最後の選択肢を選ぶことのなかった人たちが、院内に残り、高齢化し、多くのひとが死亡退院という形をとって長い桎梏から解放されていく。本人の退院意欲の欠如という壁を精神保健福祉士はどうやって打ち破るのだろうか？
- 40年以上前からの取組がいまだに過去の思い出話にならないことと、さらに退院を阻む障壁が高くなっていることに、この国の悲劇がある。国策により隔離され、今国策の転換によって安住の地とあきらめたところから解放（追放？）される長期入院者たち。彼らの人としての尊厳が守られる行場所はどこなのだろうか？退院させることがPSWの役割ではない。かれらの思いに寄り添って彼らとともに最善の暮らし方を考えることこそが、**PSWの使命**である。

SWRとしての精神保健福祉士の専門性

- クライエントの悩みや生活課題を分かち合い、その問題に立ち向かえるようなかかわりを展開する。しかしその問題は個人的な問題ではなく、家族や地域、社会環境に働きかける必要がある。そして今ある資源が十全なものでなければ、その変容をせまり、新たな資源の創出や政策への提言に結び付ける。これがソーシャルワークの真髄ならば、精神保健福祉士がSWRとしてやるべきことは、

隔離収容政策の名残である社会的入院の解消のため、また新たな社会的入院を作らないために、精神科医療の変革と、その施策を作ってきた国、社会と対峙し、変革を迫ること。これがPSWの中核となる決して変わる事のない専門性である。



そして、新たな戦いに向けて

新時代に求められる精神保健福祉士の役割とは？

ソーシャルワーク専門職のグローバル定義

- ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である。社会正義、人権、集団的責任、および多様性尊重の諸原理は、ソーシャルワークの中核をなす。ソーシャルワークの理論、社会科学、人文学、及び地域・民族固有の知を基盤として、ソーシャルワークは、生活課題に取り組みウェルビーイングを高めるように、人々や様々な構造に働きかける。
- ソーシャルワーク専門職の中核となる任務には、社会変革・社会開発・社会的結束の促進、および人々のエンパワメントと解放がある。
- **改定のポイントはいくつかありますが、私が重要視するポイントは、**
- 「マクロレベルの社会変革・社会開発（⇔ミクロレベルの問題解決）」の強調と「人々の希望・自尊心・創造的力を高め、行動戦略をもって抑圧や不正義に挑戦し、社会を変革するソーシャルワーク」であること
- 「当事者の力を重視し、主役はあくまで当事者である」「ソーシャルワークは、人々のためというより、人々とともに働く」

変革されるべき社会とは？ソーシャルワーカーの敵とは？

- ソーシャルワークが取り組もうとしている問題は社会問題である。それ故、そのルーツは社会にある。
- 1. 貧困と剥奪
- 2. 人種差別やその他の形の社会的排除
- 3. 住宅、保健ケア、そして教育における不平等
- 4. 犯罪と社会不安
- 5. 虐待と搾取
- ソーシャルワーク実践は、社会的な立場の結果として発生している不利益、差別、抑圧から逃れようと戦っている人々をサポートする方向性をもつべき
(「ソーシャルワークとは何か」 ニール・ソンプソン)

「社会福祉をめぐる内外の厳しい状況に対しても、ソーシャルワーカーは最も敏感な反応を示し、かつ社会的に発言をなすべき立場に置かれている。その発言に力を与えるものは、数ある発言者の連帯であり、それを支える福祉サービスの利用者たる市民層の支持でなければならない」(1983年10月5日号「再建ニュース」仲村優一・日本ソーシャルワーカー協会)

数字で見る日本社会の今 I

- 世帯所得平均は約560万、1994年を最大値とすると、年間約100万以上の減。平均所得以下の世帯は61.5%。（中央値は442万）高齢者世帯は318万。母子世帯は平均290.5万。平均所得以下が58.9%（国民生活基礎調査の概況）
- 要介護者と同居する主な介護者のうち、6割以上は60歳以上
- 高齢者虐待は過去最多を更新中で、28年度は16,384人。29年度は17,078人
- 一人暮らしまたは夫婦のみの高齢者世帯は全体の6割弱。
- 高齢者の相対的貧困率、19.4%。うち単身女性は52%、単身男性は38%を占める。
- 核家族化、少子化、生涯未婚率の上昇を背景に、孤独死は増加傾向にあり、平成27年の死亡者数約130万のうち3万人と推定。

数字で見る日本社会の今 Ⅱ

- 児童虐待は29年度、13.3万件で前年度比9.1%増。30年度は警察が児相に通告した件数8万10.4人、ここ10年で約13倍。
- 子どもの相対的貧困率13.9%、約7人に1人、一人親世帯に限れば50%超が貧困状況にある。（平成28年国民生活基礎調査）
- 生活保護利用母子世帯の「母」の4割強が保護世帯で育っている。（貧困の連鎖の証）
- 労働者に占める非正規労働の割合は約4割、非正規社員の7割は年収200万未満。同一労働でも6割の賃金。
- 非正規労働の割合は男性22%、女性57%。近年65歳以上の非正規労働者が増加の傾向。
- 共稼ぎ世帯25%増、勤労者世帯収入10年間で10%減。世帯収入300万円未満が31%、400万円未満は45%。
- **日本は確実に貧乏になっている?! 2人以上世帯の3割、単身世帯の5割が貯蓄なし。**

転換期にある日本の社会保障

失業しても、病気になっても、長生きしても、子どもがいても、大丈夫？

変容する社会

1. 家族の変化

世帯規模の縮小→単独世帯、夫婦のみ世帯、一人親世帯の増加⇒家族間で支え合う機能が低下

高齢単独世帯の増大（2035年には、15.4%、7世帯に1世帯となる見込みだが、その要因には晩婚化や未婚化による「壮年未婚者」の急速な増大がある）

離婚に伴う一人親世帯も増大（将来推計では2035年には全体の11.4%、9世帯に1世帯）

- ①高齡化に伴う介護問題
- ②少子化による家族数の減少
- ③晩婚・晩産化による子育て時期の後ろ倒し



ダブルケアを担う人が増加（全国で約25万人と推計）

変容する社会

2. 雇用システムの変化

- 1997年（日本の金融システムが大きく揺らぎ、企業経営の悪化、雇用の縮小、消費の低迷、物価の持続的な下落など、日本経済が急激に変調した始まりの年）以来15年間にわたる経済の低迷があった。
- 1998～2003年は就職氷河期と呼ばれ、若年層の失業率が悪化。2003年には9.8%を記録した。その後回復したものの2008年のリーマンショックで再度悪化し、2011年後半以降ようやく持ち直す。バブル崩壊後の失われた20年と呼ばれることもある。
- 経済危機以前から、日本の雇用システムの見直しを求める動きがあり、労働分野における規制緩和が相次いで行われ、**非正規雇用が急激に増大**。その内容も家計を助ける補助的労働（主婦や学生）ではなく、就職難に悩む若者を中心とする派遣労働者が大きな割合を占めるケースも増えていった。
- 日本の社会保障は「雇用」とセット（健康保険・厚生年金・雇用保険）で造形されているが、**非正規の場合、その適用外となる。社会保障のセーフティネットがきわめて脆弱**。

変容する社会

- 雇用システムの変化が、若壮年の無業者（就業意欲そのものを喪失している）をうみだし、その結果、ひきこもりや親の被扶養者となるケースが増加。
- 1998年に年間自殺者数が初めて3万人を超え、2012年にようやく3万人を切ったが、その自殺の危機要因は、事業不振、職場環境の変化、過労、身体疾患、職場の人間関係の悪化、失業・就職失敗、負債（多重債務など）、家族間の不和、生活苦、うつ病など。これらの危機要因は様々に重なり合い、連鎖して自殺に追い込まれていく。自殺は個人の問題にとどまらず、社会構造が生み出した問題と捉えることができる。
- 「雇用」に伴う格差の固定化と連鎖＝非正規雇用と正規雇用の間の賃金格差、教育訓練機会の格差、「学歴」の違いによる格差の固定化。15歳時の貧困→低学歴→非正規労働→低所得、そしてそれが、子ども世代に連鎖していく。
- 親たちの低賃金や長時間労働が経済的な問題ばかりでなく、子どもの発達や健康、更には虐待・ネグレクトなどの問題にも波及していく。
- 「働かない」「働けない」ことが、社会の一員としての存在価値がないものとして社会的孤立や社会的排除を生み出す。

変容する社会

• 3. 人口減少社会の到来

- 団塊ジュニア世代の子ども世代として期待された「第3次ベビーブーム」、彼らの世代による出産の多くが想定されたのは、2000年前後。この時期は日本の雇用システムの大きな変化があり、若年層が就労や生活基盤の形成に苦しんでいた時期にあたる。経済低迷に伴う厳しい環境は、ちょうど就職、結婚、出産の時期にあった団塊ジュニア世代に決定的な影響を与えた。晩婚化や非婚化の流れに追い打ちをかけ、未婚者を急激に増加させた結果、2005年、出生率は過去最低の1・26に落ち込む。
- 家族の変化、雇用システムの変化が行きつく先として「人口減少」はあり、社会的孤立や格差の問題ともリンクする問題である。
- 人口減少時代は、社会保障における支え合いの構造が変化し、その基盤となってきた社会資源が、加速度的に縮小していくことを意味する。社会保障の土台が揺らげば、精神障害者の生活を脅かすだけでなく、さらに雇用や労働条件の悪化にもつながり、それが気分障害等のリスクファクターとなる。介護の必要な人が経済的条件によって利用できなくなり、家族負担が増大する可能性もある。そしてそのことが介護うつや自殺など新たなメンタルヘルス課題を生み出していく。

変容する社会が格差を生む？！

- 雇用システムの変化が、若壮年の無業者（就業意欲そのものを喪失している）をうみだし、その結果、ひきこもりや親の被扶養者となるケースが増加。
- 1998年に年間自殺者数が初めて3万人を超え、2012年にようやく3万人を切ったが、その自殺の危機要因は、事業不振、職場環境の変化、過労、身体疾患、職場の人間関係の悪化、失業・就職失敗、負債（多重債務など）、家族間の不和、生活苦、うつ病など。これらの危機要因は様々に重なり合い、連鎖して自殺に追い込まれていく。自殺は個人の問題にとどまらず、社会構造が生み出した問題と捉えることができる。
- 「雇用」に伴う格差の固定化と連鎖＝非正規雇用と正規雇用間の賃金格差、教育訓練機会の格差、「学歴」の違いによる格差の固定化。15歳時の貧困→低学歴→非正規労働→低所得、そしてそれが、子ども世代に連鎖していく。
- 親たちの低賃金や長時間労働が経済的な問題ばかりでなく、子どもの発達や健康、更には虐待・ネグレクトなどの問題にも波及していく。
- 「働かない」「働けない」ことが、社会の一員としての存在価値がないものとして社会的孤立や社会的排除を生み出す。

格差社会とメンタルヘルス（WHO健康の社会的決定要因から）

- 社会経済要因、なかでも**貧困は、人における疾病と死亡の最大の要因。**
- 健康状態の差は、ライフスタイルや環境、保健医療の違いによって起こるが、これらを決定しているのは政治的、社会的、経済的要因。生まれついた社会によって健康格差ができることは、**本人の責任ではなく、社会が引き起こしている不公平。**
- どの社会でも、社会階層が低くなるほど、平均寿命は短く、多くの疾病がみうけられる。これは、資産のなさ、教育程度の低さ、不安定な仕事、貧しい住環境などによる社会的経済的ストレスの多い状況での生活が影響する
- ストレスの多い環境は、人々を心配にしたり不安にさせたりして、ストレスにうまく対処できなくし、健康にダメージを与え、死を早めることもある。**慢性的なストレスの根本要因を減らすために、学校、職場、その他の組織における社会的環境のありかたは重要**
- **幼少期の発達と教育が健康に及ぼす影響は、生涯続く。**胎児期と乳幼児期に発育不良や愛情不足であったりすると生涯を通じて病気がちになったり、成長した後でも体力や認識力の低下、情緒不安定を招く恐れがある。

不寛容社会と共生社会

- 格差が生み出す不寛容な社会とは？
- ひとびとによる過剰な批判やバッシングなどが、いつの時代より増殖しているように感じる。ヘイトスピーチ、ブログやTwitterの炎上、多種多様なクレーマーの存在。
⇒こどものいじめ、障害者差別、大人のうつなどが不寛容社会のスケープゴートとなっている。
- 共生社会とは？
- 多様な負の条件を持つ人々と共に生きることは、様々な対立や軋轢を覚悟しなければならぬかもしれない。それでもなお社会を構成する全ての人々が多様な人々と共に生きることの責任と覚悟をもってはじめて、すべての人々の尊厳が守られる共生社会の実現が可能になる。
- つねに社会から排除される側に立ち、その人権を擁護することを使命とする精神保健福祉士は不寛容社会に抗い、排除する側に変革を迫り、真の共生社会の実現に力を尽くしていく社会的責務があるのではないか？
- 病める社会が生み出す様々なメンタルヘルス課題は、社会の変革なしに解決できない。社会からの挑戦、精神保健福祉士に受けて立つ覚悟は？

そして日本のメンタルヘルス課題は？

従前の医療・医学の在り方では対応不可能な課題へのニーズが高い。狭い意味での「精神科医療」の提供のみでは解決できないメンタルヘルス課題が増大している。職域の拡大は精神保健福祉士への社会から新たに求められる役割の証。

1. 対人関係の複雑化による発達障害児（者）の適応困難
 2. 妊産婦の自死、児童虐待の背景にある周産期精神障害
 3. 児童・思春期のいじめによる不登校、引きこもり。自死（自殺者総数は減少しているが、若者の自殺は漸増）など。
 4. 働き方改革を要する過重労働やリストラ、非正規雇用による社会・経済的要因による労働者の精神障害。
 5. 高齢化の進行による認知症の増加は、認知症を取り巻く新たな社会問題（社会的入院、介護うつ、介護難民、虐待など）を誘発する。
 6. 頻発する災害と長引く避難生活によるストレス
 7. 薬物・ギャンブル障害等の嗜癖性障害
- いずれも多様な資源やネットワークが必要となる。むしろ手がかかる？ため医療がその傘に入れることを嫌がるものもある。専門医がない、専門機関でない、適切なプログラムがない、関わりのノウハウがない、クライアントとの治療関係が結びにくい、これは行政や司法の責任など、関わらない言い訳はごまんとありますが、、、

メンタルヘルス課題にPSWが向き合うわけは？

これから精神科医療の主流になるであろうメンタルヘルス課題は、社会の病理と深く関係しており、個々のクライアントに関与・支援しながらも、社会への視点、環境への働きかけを存在意義とする精神保健福祉士こそがその担い手として求められる。

そしてこれからのメンタルヘルス課題は病院・施設ではなく「地域」が舞台。地域生活を支えることを主眼としてきた精神保健福祉士の腕の見せ所。

メンタルヘルス課題は、個々の人のライフステージ毎の問題にとどまらず、現れ方は違っても、たとえば子供なら不登校、青年期なら引きこもり、親が高齢化すれば8050で、高齢単身になれば社会的孤立とその同一線上にある孤独死というように、連続していくもの。また家族の問題では、夫婦間のDVが子供の面前虐待となり、長きにわたり子供のころや人生そのものに大きな影を落としてゆく連関もあれば、虐待する親がかつて虐待を受けてきたという事例が多いという世代間連鎖の問題。

表面化する問題の底に多様な社会的課題を把握すること、顕在化した一部の問題ではなく、全体像を俯瞰すること。

これこそが精神保健福祉士のソーシャルワーカーとしての真骨頂

ライフステージや多様な精神疾患等に応じた専門性は必要か？

- 子ども家庭福祉士、新たな福祉専門職は必要だろうか？
- 「精神科医というだけで、すでに専門家。すでにスペシャリストとなった精神科医としては、精神の領分に関しては、ジェネラリストをめざそうではないか。精神科臨床の「応用編」は、他のことを知らない専門家ではなく、むしろ全領域に精通したジェネラリストにこそふさわしい。どの分野においても、本当に必要なのは、心を持った人間をトータルに診ることのできるジェネラリストである。（井原裕、激励禁忌神話の終焉）」
- 精神科医でさえこうのたまう。 **いわんや「精神保健福祉士」をや。**
- 特定の疾患カテゴリーの知識、ライフサイクル上の課題、対人援助職としての多様な技法の習得は最低限必要ではあろう。
- しかし、うつ病であれ依存症であれ発達障害であれ認知症であれ「自己決定の尊重」「権利擁護」「人と状況との全体関連性」「生活者支援」というSWの価値は揺らぐことはない。それぞれが特有の精神症状による生きにくさを抱えていることに共感した上で、その人の生き辛さを助長する「もの」へ働きかけることが、ジェネリックな精神保健福祉士の役割。



地域を基盤としたソーシャルワークとは？

新たに顕在化する、地域で暮らす精神障害者の問題

8050問題とは、ひきこもりの長期化などにより、本人と親が高齢化し、支援につながらないまま孤立してしまうこと。1980年代に「ひきこもり」が社会問題となったが、30年たった今、当時10代～20代だった人が40代～50代になり、親の世代が70代～80代と高齢化し、深刻な問題になっている。その中でも、もっとも深刻なのが、精神障害のある子どもとその親の孤立化。精神的に追いつめられた子どもが親に暴力をふるったり、それに耐えかね、また将来を悲観した親が我が子を手にかけるといった事件は、近年、後を絶たない。（親亡き後問題も同根）

ゴミ屋敷、ネグレクト、虐待、支援拒否、依存症や執拗な妄想による近隣とのトラブルなど様々に地域社会で起きる困りごとは、精神障害と関係している（と言われている）

大阪市「総合的な相談支援体制の充実」事業におけるSV、地域包括支援センターや介護支援専門員の研修では、地域が困り果てている事例に遭遇する。しかし残念ながら、そこに支援者として精神保健福祉士が登場することはほとんどない！

早期発見、早期対応、予防の観点と言われても、問題が浮上してきた時点ですでに対応困難。問題の顕在化に並行して、社会的排除が進行する。

認知症の主な相談内容～認知症疾患医療センターの現場から

- * ゴミ屋敷になって近所が心配・迷惑している。
- * 高齢者の一人暮らしで、火の不始末が心配。
- * 家族や支援者が訪問しても誰も家に入れない。
- * 夫の物忘れがひどくなっているが、自覚なく、病院に行くことを嫌がる。
- * 徘徊や暴力がひどいが、老々介護でどう対応していいかわからない。
- * 倒れそうになっても家族が介護サービスを利用しようとしない。
- * 認知症の人を、家族が怒鳴ったり、時々ぶったりしている。
- * 認知症の人を訪問したら、精神障害のある家族から関与を拒否された。
その家族から経済的・身体的虐待をうけている。



介護拒否や支援拒否などの支援困難⇒**予防・早期介入の仕組み**
一人暮らし、高齢者世帯など、地域社会からの孤立⇒**地域のネットワーク構築**
家族の疲弊と虐待⇒**家族支援の視点とスキル、虐待の背景に貧困。**
8050問題⇒50歳代家族を支援する視点とネットワークの構築

**認知症者の問題の背景にも、各ライフサイクルのメンタルヘルスの問題が複合的に絡んでいる
ことや支援未介入の問題も存在する**

個々の事例への丁寧な関わりとともに、地域の理解・協力を強化し、多様なネットワークを構築するための普及活動などソーシャルワーカーの関わりが必要

具体事例で考えてみよう！あなたならどうする？

事例 1 認知症の母とギャンブル依存の息子

- 80歳代の母親は歩行が不自由で、軽度の認知症がみられる。
- 50歳代の息子は離婚して5年前に実家に帰ってきた。離婚と前後して失職している。離婚の原因もギャンブルによる借金か？
- 母は認知症になる前から一人息子を溺愛しており、離婚して同居するようになったことを喜んでいらしたらしい。
- 世帯の定収入は母親の年金のみだが、息子はその年金でパチンコに行っているよう。虐待があるかどうかは不明。
- 母の認知症が進み、近隣の人や民生委員から介護サービスの利用を勧められたが、息子は母の介護は自分だけであると利用を拒否。判断能力の低下した母は息子の言いなりであり、同様にサービスを受け入れない。

事例 2 妄想性障害の母とひきこもりの息子

- 母は80歳代後半。50歳代の息子とはずっと同居している。息子は糖尿病の悪化で救急搬送され、病院に入院したが、放置すれば壊疽の可能性があると判明した。
- 母との生活が息子の療養生活にふさわしくないと判断した地域の関係者が集まり、息子に母との同居を解消するよう説得、息子も了解した。息子は障害者手帳を所持してはいないが、中学を卒業して以来一度も就労しておらず、ずっと自宅に引きこもっていたよう。
- しかし母は入院したのは近所の方が毒を盛ったせいであり、病院もその相手と通じていると言って息子を退院させ、自宅に連れ帰ってしまう。
- その後地域包括支援センターのスタッフが訪問したところ、母は頑強に支援を拒否。また息子も母の指示に従い、同居の継続を希望した。

事例3 統合失調症の娘とその父

- 母が死亡して以来、父と統合失調症と知的障害の重複障害のある娘との二人暮らし。娘には数年の精神科病院入院歴がある。
- 父が直腸がんになり入院した際に、娘の生活を心配した父が障害福祉サービスを申請し、居宅介護サービスを導入することになった。デイケアや作業所などの通所サービスは娘が拒否したよう。
- その後父は人工肛門を造設して退院したが、うつ状態になり意欲や活動性が大きく低下してしまい、ほぼ臥床状態となった。
- ストマの交換は1年もしなくなり、娘のヘルパーが地域包括支援センターに相談した。しかし父は支援を拒否。娘も父を心配しているとはいいながら介護力はなく、不衛生な状態のまま膠着状態が続く。父を入院させるよう娘を説得するも父と離れることへの不安か、父に逆らうことのためらいか、また精神科病院への抵抗かは不明ながら、説得に応じない。

誰が担う？この地域の課題

- でも家族が困っても、地域住民が困っても、地域の支援者が困っても、どこも責任をもって対応してくれない。その先にあるのが寝屋川監禁死事件、三田市監禁事件ではないか。かの親たちはなぜここまで追い込まれたのか、なぜ家族だけで抱え込んだのか、なぜ助けを求めなかったのか？
- 相次いで起こったひきこもり中高年をめぐる事件、吹田市交番襲撃事件、京アニ事件、ソーシャルワーカーの介入は可能だったのか？（かの加害者たちが目の前に現れた時、あなたは支援者になれますか？）
- 孤立死（孤独死）も生あるうちに地域社会との接点を持たず、支援にアクセスできなかった結果ともいえる。孤独死とは、生存時に無縁社会で生きたという証明のようなもの。
- 行政は、個人情報や本人の意思に反する支援はできないという錦の御旗を振りかざす。
- 日本の制度やサービスの申請主義が悲劇を助長する。
- 弱体化した家族に、教育・福祉・介護を期待し、さらには扶養を押し付ける日本の社会保障制度。**家族依存社会**の重圧が経済的にも社会的にも心理的にも家族を追い詰めていく。
- こうして治療や支援を受けることができない障害者とその家族は高齢化や孤立化がすすみ、さらに受診困難・支援困難となって、問題を益々深刻化させていく。
- 精神保健福祉士にはこの地域課題を担う覚悟と力がありますか？

精神保健福祉士の役割の広がり

1. 時代の変遷やニーズの拡大の変化、国民・社会の意識の変化
2. 医療・福祉の発展、法制度や施策の展開

偏見や差別のない社会づくり

国民全体

(精神保健の保持・増進、精神疾患・障害のある者への理解の促進など)

顕在的又は潜在的に精神保健(メンタルヘルス)の課題がある者

産業保健分野の関係職種・機関、教育分野の関係職種・機関、公認心理士等のその他の保健・福祉職種との連携・協働

精神疾患・障害によって日常生活又は社会生活に支援を必要とする者

行政、自治体、障害福祉サービス等事業所、障害者支援施設、社会福祉士等社会福祉施設等における関係職種、司法分野における関係職種・機関などとの連携・協働

精神疾患・障害によって医療を受けている者

医師・看護師、OT等の医療職種、MSW等との連携・協働

精神保健福祉士養成課程における教育内容の見直しについて（概要）

● 見直しの背景

- 精神保健福祉士を取り巻く環境の変化に伴い、精神保健福祉士が果たす役割は、精神障害者に対する援助のみならず、精神障害等によって日常生活又は社会生活に支援を必要とする者や精神保健（メンタルヘルス）の課題を抱える者への援助へと拡大してきている。
- 役割の拡大とともに精神保健福祉士の配置・就労状況も、医療（病院・診療所など）、福祉（障害福祉サービス等事業所など）、保健（行政など）から、教育（各種学校など）、司法（更生保護施設、刑務所等矯正施設など）や産業・労働（ハローワーク、EAP企業、一般企業など）へ拡大している。
- また地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制の在り方に関する検討会や社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会より、包括的な相談支援体制を担える人材育成のため養成カリキュラムの見直しを検討すべきと指摘されている。

● 精神保健福祉士を取り巻く環境の変化の例

- ①平成25年、地域社会における共生の実現に向けて、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、「障害者自立支援法」改正、「障害者総合支援法」の施行②平成26年、精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」における「**精神障害にも対応した地域包括ケアシステム**」の構築を目指す新たな理念の提示③アルコール、薬物、ギャンブル等の各依存症などへの対策として、人材育成や依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関等の地域の医療・相談支援体制の整備を推進することや、予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備の推進

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書(概要)

(平成29年2月8日)

新たな医療計画等の策定に向けた精神保健医療のあり方及び精神保健福祉法の3年後見直し規定の検討事項について議論するとともに、措置入院後の医療等の継続的な支援のあり方や、精神保健指定医の指定のあり方等を検討し、今後の取組について取りまとめた。次期医療計画・障害福祉計画等の策定に向けて、次期診療報酬改定・障害報酬改定等の必要な財政的方策も含め、具体的な改正内容について検討を進め、その実現を図るべき。(通常国会に関係法律の改正案を提出)

1. 新たな地域精神保健医療体制のあり方について

(1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

○ 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、障害福祉計画に基づき、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築することが適当。

(2) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

○ 統合失調症、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等に対応できるように、医療計画に基づき、精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場を通じて、圏域内の医療連携による支援体制を構築することが適当。

(3) 精神病床のさらなる機能分化

○ 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、平成32年度末(第5期障害福祉計画の最終年度)、平成37(2025)年の精神病床における入院需要(患者数)及び地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推進することが適当。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは？

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。
- **身近な二次医療圏という単位**の中で精神障害者の支援システムを構築していく意義。
- **医療計画、障害福祉計画**の中で、地域の精神障害者を支えていく目標値となる。

精神障害にも対応した地域包括支援システムにおける 精神保健福祉士への期待

- 地域という現場は、多様でそれがまた複雑に絡み合う生活問題が満載である。精神障害や精神疾患を持つ人を支えるには、単に医療や福祉の領域だけでカバーも解決もできない。柔軟かつ重層的なネットワークの構築が必要。また子どもや高齢者等のメンタルヘルス課題は予防の観点からも地域への働きかけが必要となる。
- 支援拒否、治療拒否事例は支援へのアクセスができなかった、あるいは相談が解決に結びつかなかった結果かも。アンテナ力を磨き、ネットワークを駆使して、問題の深刻化を防ぐ役割も期待される。
- 今なお精神疾患や精神障害者に対する偏見や差別は払拭できてはいない。現代の地域社会は共生とは名ばかりの社会的孤立が深刻化し、弱者に対する排除の思想も蔓延している。地域に生きる精神障害者がその地域から孤立・排除されないための場や機会を創出し、地域住民の理解を深める活動も精神保健福祉士の役割として期待される。
- 長期入院者の地域移行が進む中、地域基盤のない彼らが地域に「定着」できる仕組み、安心・安全な居住環境や居場所・交流の場など社会資源の発掘や創設。

地域共生社会とは？

- 「地域共生社会」という言葉は、2016年6月の閣議決定「ニッポン一億総活躍プラン」で初めて登場。
- 「子ども・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生き甲斐を共に創り、高め合うことが出来る」社会と表現されている。（新三本の矢の『介護離職ゼロ』に向けた取り組みの方向）
- そのために「支え手側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、福祉などの地域の公的サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる仕組み」が必要とされた。
- 「共生社会」とは、これまでも必ずしも十分に社会参加できるような環境になかった障害者等が、積極的に参加・貢献していくことができる社会である。それは、誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合い、人々の多様な在り方を相互に認め合える全員参加型の社会である。このような社会を目指すことは、我が国において最も積極的に取り組むべき重要な課題である。（文部科学省HPより）

地域共生社会実現をめぐる政策動向

「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」
(2015年9月)

ニッポン一億総活躍プラン
(2016年6月2日閣議決定)

「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部の設置
(2016年7月)

地域共生社会実現本部 / 地域力強化検討会
「中間とりまとめ」 (2016年12月)

「地域共生社会」実現に向けて（当面の改革工程）」
(2017年2月)

地域共生社会実現をめぐる政策動向

改正社会福祉法の公布（地域包括ケアシステム強化のための介護保険法等の一部改正、（2017年6月）

地域力強化検討会
「最終とりまとめ」（2017年9月）

「社会福祉法に基づく市町村における包括的な支援体制の整備に関する指針」の策定・公表及び関連通知の発出（2017年12月）

要 点

1. 「地域共生社会」を実現する
2. 従来の「縦割り福祉」からの脱却を目指す
3. 分野横断的・全対象型地域支援体制を確立する
4. 支え手側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを創っていく

「地域共生社会」の背景

- 人口減少（出生率が2を割ったのはS50年から、H28、29年と2年連続出生数は100万人割れ）
- 地方の衰退（日本の6割の地域が過疎）
- 高齢者人口の増大



- 行政サービスの見直し⇒広域化、効率化を図り、圏域単位の行政に転換しなければ住民サービスの維持はできない。
- 住民が自らの「地域課題」と向き合い、住民や企業が地域への関わりを増やさなければ、今の暮らしは維持できない。

そして今、「地域共生社会の実現」に向けてSW (社会福祉士) が期待されていること

- 少子高齢化の進展など、社会経済状況の変化によるニーズの多様化・複雑化に伴い、**既存の制度では対応が難しい様々な課題が顕在化**してきている。また、子ども・高齢者・障害者など全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる「地域共生社会」の実現を目指しており、社会福祉士には、ソーシャルワークの機能を発揮し、**制度横断的な課題への対応や必要な社会資源の開発といった役割**を担うことができる実践能力を身につけることが求められている。
- 地域共生社会の実現に向けた各地の取組には、社会福祉士が中心となり、地域住民等と協働して地域のニーズを把握し、多職種・多機関との連携を図りながら問題解決に取り組んでいる事例などがある。地域の様々な主体と連携した取組が必要となる中で、社会福祉士には、**地域住民の活動支援や関係者との連絡調整などの役割**を果たすことが求められている。

平成30年3月27日 社会保障審議会福祉材部会福祉人確保専門委員

会

「地域共生社会」構想の欺瞞？

- 人口減少も高齢化も地方の衰退も、すでに数十年前より想定できたはずが、向き合わずにきた現実がある。
- 都市に人口を集中させ、地方の若者を労働力として吸収させてきた政策の結果が地方の衰退を生み、その労働人口が高齢化して都市の高齢化問題につながっている。
- 大企業優先の経済政策が、地方の産業や小規模な事業所・商店をつぶし、地方の衰退に拍車をかけている。
- 格差や貧困を拡大し、労働・雇用の質を低下させ、社会保障制度を劣化させていく責任はどこにあるのだろうか？
- それを自己責任（自助）、地域の共同責任（共助）に転嫁させ、社会保障や社会サービスの代替策とするのが「地域共生社会」構想ではないか？

「地域共生社会」にSWが向き合わねばならないこと

- **地域づくり、地域課題の解決、住民主体、多職種連携、異業種交流、公・民のネットワーク構築、障害があっても高齢になっても住み慣れた地域での暮らしの保障**

⇒このことに異を唱えるわけではありませんが、国策のトップダウンにSWとしての違和感が少々。ネットワークや連携の強調、地域内での解決など制度横断的ではあってもあくまで既存のシステムを有効に活用するための担い手としてSWを活用しようとの狙い。また何より個々の福祉課題を持つ人への視線の欠落、が気になるところ。

- **SWの役割は、社会や地域で暮らしを営む個々の人たちへの支援を核に、その人々の暮らしを不自由にさせている制度の歪みや不足に修正を迫ること、社会的弱者とみなされ排除や差別の対象とされる人々への支援と、排除を生み出す社会そのものへの追求であるはず。**
- **「地域共生社会」は地域の結合、絆の強調を主音律とする。その中で乱調、破調する人こそがSWが対象とする人々ではないだろうか？**

地域という舞台でのPSWの覚悟

- 精神医療は、公権力の代理人として人の権利を制限する側に回らざるをえない面を持つ。権利擁護をその存在の価値とするPSWはそれ故に権利や自由ということに鋭敏にならざるをえなかった。
- しかし地域にはそういう装置は可視化されていない。ゆえに我々は無自覚にそこに組み込まれていくリスクを負う。
- また病院や施設という箱ものをバックに働くことは、様々な人的資源や制度・法律がPSWをも守ってくれている。地域という戦いの場（戦場に例えるのもどうかとは思いますが）で働くことは、武装解除した兵士が、素手で戦うようなもの。
- 家族構造の変化、雇用システムの変化が数多の生活課題、メンタルヘル課題を抱えた人を生み出し、それが一つの要因となって人口減少社会を招来した。その国家的問題の一つの解決策が地域包括ケアシステムであり、それを支えるのが地域共生社会という理念。PSWはこれを批判的に理解した上で、地域での実践を展開していかなければならない。
- 社会が生み出す生活課題・メンタルヘルス課題、その挑戦、受けて立つ覚悟はありますか？

職能団体としての社会的責務

日本精神保健福祉士協会の存在意義と役割

日本精神保健福祉士協会倫理綱領 (2004年採択)

- 前文
- われわれ精神保健福祉士は、個人としての尊厳を尊び、人と環境の関係を捉える視点を持ち、共生社会の実現を目指し、社会福祉学を基盤とする精神保健福祉士の価値・理論・実践をもって精神保健福祉の向上に努めるとともに、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としての資質の向上に努め、誠実に倫理綱領に基づく責務を担う。
- 目的
- 1. 精神保健福祉士の専門職としての価値を示す
- 2. 専門職としての価値に基づき実践する
- 3. クライアント及び社会から信頼を得る
- 4. 精神保健福祉士としての価値、倫理原則、倫理基準を遵守する
- 5. 他の専門職や全てのソーシャルワーカーと連携する
- 6. すべての人が個人として尊重され、共に生きる社会の実現をめざす

専門職能団体としての本協会の役割期待

ソーシャルワーカーとして限られたクライアントの問題解決が我々の責任範囲

しかし、国民の幸せを具現化するためには

- ①個人之力では解決できない現場の問題を持ち寄る場
- ②個人ではなしえない社会環境、社会制度、政策などへの働きかけの場
- ③構成員の資質向上を果たしうる場としての期待

**我が国十何万の精神病者は実に此の病を受けたるの不幸のほか、
この邦に生れたるの不幸を重ねるものと云うべし**

呉秀三（精神病患者私宅監置の実況）

人とその生活にかかわる専門職として、この国に生まれたる不幸を解決していく役割への期待

この国の在り様を変えていくソーシャルアクションと
この人に出会えてよかったと思われる専門職の育成が協会の役割

- 一人一人の「人」として個別性を尊重し、その人に向き合い、その人の生活によりそう
- 抱える疾患とそのための生活のしづらさへの洞察
- **精神病、精神障害者を取り巻く特有の歴史を受け止める**
- 彼らは自分自身の固有の歴史を持つだけでなく、精神障害者が背負ってきた負の歴史を合わせ持つことへの理解
- **社会福祉実践専門職としての組織活動による社会変革を**
- 社会福祉法制度がそのまま社会福祉なのではない。社会福祉に関するかぎり、法律は常に（実践によって）超えられるものでなくてはならない。

（岡村重夫「社会福祉原論」）

専門職能団体としての本協会の「今」

- 「精神障害者の社会的復権と福祉のための社会的・専門的活動を展開する」とした**基本方針は普遍**
- 精神保健福祉課題に関わる唯一の専門職能団体として、刻々と変化する国民からの**多様な社会的ニーズに応える**
- 2011年度より「5カ年の中長期ビジョン」
- 2016年度より「中期ビジョン2020」

- “あらゆる分野の精神保健福祉士が「ソーシャルワーク」を強力に展開し、啓発活動や権利侵害に立ち向かうことを通じて、精神障害者をはじめとするすべての国民が人としての尊厳を保持できる社会を実現すること”をめざし、

- 政策提言
- 人材育成
- 組織強化

三本柱として活動を展開する

日本精神保健福祉士協会 中期ビジョン2020

【計画年度：2016～2020年度】

あらゆる分野の精神保健福祉士が『ソーシャルワーク』を強力に展開し、啓発活動や権利侵害に立ち向かうことを通じて、精神障害者をはじめとするすべての国民が人としての尊厳を保持できる社会を実現する。

Change 政策提言

- ・精神保健医療福祉、労働、司法、教育等の多様な実践に基づく政策提言
- ・実践的知見の集約と調査研究に基づくソーシャルワーク人材のあるべき姿の提言
- ・ソーシャルワーク関係団体との協働による要望活動の拡充と福祉文化の普及啓発

Train 人材育成

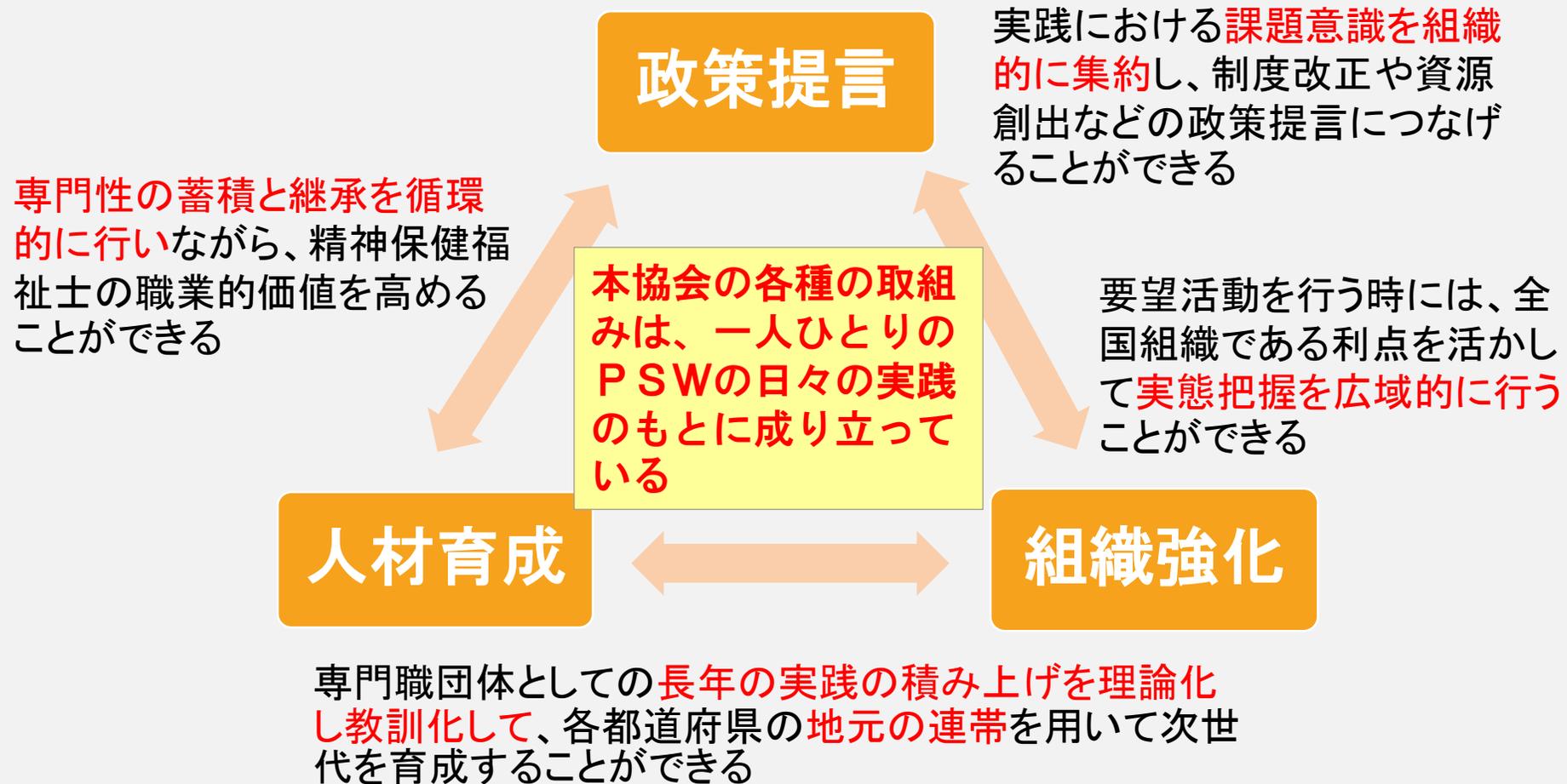
- ・メンタルヘルスの観点からソーシャルワークを基盤とした地域包括支援を担える人材の育成と社会への提供
- ・生涯研修制度の強化及び多職種・多分野相互育成による実践力の向上
- ・分野・領域を超えた「共通言語」の浸透と次世代の協会組織を担う人材の発掘・育成

Strengthen 組織強化

- ・現業精神保健福祉士※の組織率を6割に
- ・都道府県協会との連携に基づく支部・ブロック単位での活動強化（意見集約、研修開催）
- ・都道府県協会及び関係機関・団体との連携に基づく災害支援体制整備の推進

※現業精神保健福祉士：精神保健福祉士資格を活かした仕事に従事している精神保健福祉士を指す。2014年の推計で2万5千人程度。

本協会の活動の三本柱を成り立たせるもの



実践を切り拓くために求められる精神保健福祉士像とは？

- ① 他者の痛みに寄り添うことのできる共感力、想像力、洞察力などの感性を鍛えること。
- ② それぞれの現場で個々の事例の中から、社会や時代の問題を感知できる力量を持つこと。
- ③ 対人援助職としての価値・倫理を基盤に置いた実践を展開するために、つねに自己研鑽を怠らないこと。
- ④ PSWの知識・技術の不足はクライアントの不利益に直結することを自覚すること。
- ⑤ 社会人として、職業人として、また多職種チームの一員として、地域に暮らす市民として、あたりまえの人間力を疎かにしないこと。
- ⑥ 社会状況や時代状況を読み、歴史的認識に立ち社会を変革していく意志を持つこと。理念やビジョンを現実化していく戦略や具体的な方法論をもつこと。
- ⑦ 地域を中心に置く視点
- 生活の拠点は地域にある。誰もが地域で自分らしく暮らすために、地域には何があり、何が不足か、地域の文化、特性、力量を診断し、地域に関与し、誰もが排除されない地域を創っていく。

ミクロ、メゾ、マクロの関わりがSWRの必要条件

1. 本人にとって最善の選択は何かを、本人とともに考え抜き、本人の状況に応じたオーダーメイドの支援を志向すること。個々人への関わりこそがソーシャルワークの基本である。
2. 社会的入院の解消が、PSWの宿命的課題であることの認識をもち、新たな社会的入院を生まないために、地域に戻る、地域で暮らすことがあたりまえと、すべての関係者に認識させること。
3. 精神障害者の地域生活を支援するために、多職種・異業種、フォーマル・インフォーマル、専門職・非専門職を問わず、あらゆる資源を動員することをいとわないこと。
4. 本人を支援するネットワークに関与することと、必要に応じて本人を支援する人の後方支援をすること。
5. 多職種や一般市民に通じる平易な言語力と多職種との差別化を図る専門性の表現を磨くこと
6. 地域の活性化、地域の福祉力向上を視野に入れ、まちづくりに参画すること。
7. ライフステージに応じたメンタルヘルス課題に対応できる実践力の習得と予防的観点から国民のメンタルヘルス課題の普及・啓発に努めること。
8. 自己研鑽の為の研修だけでなく、職能団体や自立支援協議会等の運営に参画し、貢献すること。
9. そして社会開発、社会変革を視野に入れること。

これはひとの人生に伴う多様な生活課題・メンタルヘルス課題の超克に向けて、地域ベースのソーシャルワークを展開するための必要条件である。

おまけです！（雨にも負けず風にも負けず）

雨にもまけず 風にもまけず 雪にも夏の暑さにもまけぬ 丈夫なからだをもち
欲はなく 決していからず いつもしずかにわらっている

一日に玄米四合と 味噌と少しの野菜を食べ

あらゆることを じぶんをかんじょうに入れずに よくみききしわかり そしてわすれず

野原の松の林の蔭の 小さな萱ぶきの小屋にいて

世界遺産 仁徳天皇陵

東に病気のこどもあれば 行って看病してやり

西につかれた母あれば 行ってその稲の束を負い

南に死にそうな人あれば 行ってこわがらなくてもいいといい

北にけんかやそしょうがあれば つまらないからやめろといい

ひでりのときはなみだをながし さむさのなつはオロオロあるき

みんなにデクノポーとよばれ

ほめられもせず くにもされず

そういうものに わたしはなりたい

宮沢賢治





ご清聴ありがとうございました