

精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会  
中間報告書

平成31年 3月29日

精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会

## 目次

1. はじめに .....	2
2. 精神保健福祉士を取り巻く近年の環境の変化について .....	5
3. 精神保健福祉士の役割について .....	9
1) 普遍的な役割や基盤となる役割（価値・理念、倫理原則・責務、視点） .....	12
2) 変化に応じた役割（対象や課題に応じた支援の目的・目標、業務） .....	14
3) 役割に応じて必要となるもの（機能、技能・技術、理論・知識） .....	21
4) 今後も一層求められる精神保健福祉士の役割 .....	26
4. 求められる役割を踏まえた今後の対応の方向性 .....	27
1) 現状の課題 .....	27
2) 今後の対応の方向性 .....	28
5. 今後の検討について .....	38
<b>【参 考】</b> .....	39
<精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会 構成員名簿> .....	39
<精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会ワーキンググループ 構成員名簿> .....	39
<これまでの検討及び作業の過程> .....	40

## 1. はじめに

精神保健福祉士については、平成9年に精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神障害者の社会復帰に関する相談援助を行う者として、精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）によりその資格が定められた。

その背景は、次のとおりとされている。

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

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

（平成20年10月21日『精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会 中間報告書』より）

資格制度の創設後、精神保健福祉士を取り巻く環境は変化し、平成16年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」における「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策をもとに、地域生活支援体系の再編をはじめとした精神保健医療福祉体系の再編及び基盤強化の推進、精神障害者の地域移行及び地域生活の支援の推進などの対策が進められることとなった。このため、精神障害者が地域において安心して自立した生活を送るためには、「相談支援」、「住」、「生活」及び「活動」の各側面における地域生活支援体制の充実を図る必要があり、特に「相談支援」の強化を進めていくにあたっては、精神障害者の立場に立ち、権利擁護及び主体性を尊重した相談援助により、これらの地域生活支援を行う専門職である精神保健福祉士が担う役割はますます重要になったことから、精神保健福祉士の高い専門性を担保できるような養成の在り方等について平成19年から検討を行い、精神保健福祉士の養成に係るカリキュラム改正（平成24年4月1日施行）が行われたところである。

平成31年3月現在、累計82,556人が精神保健福祉士の資格を取得している（平成31年2月末登録者数）。前回のカリキュラム改正以降、精神保健福祉士を取り巻く環境は更に変化し、平成25年の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律

(以下「精神保健福祉法」という。)の改正による退院後生活環境相談員の創設、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進、障害者の雇用の促進等に関する法律(障害者雇用促進法)の改正による精神障害者の雇用の義務化、アルコール健康障害対策基本法(平成26年6月)及びギャンブル等依存症対策基本法(平成30年10月)の施行等による専門人材の育成・確保の必要性の高まりなどによって、精神保健福祉士に対する社会的役割への期待がますます高まっている。

平成28年12月には、厚生労働省の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(地域力強化検討委員会)における中間とりまとめにおいて「“我が事・丸ごと”を実現するためには、制度横断的な知識を有し、アセスメントの力、支援計画の策定・評価、関係者の連携・調整・資源開発までできるような、包括的な相談支援を担える人材育成に取り組むべきである。また、ソーシャルワーカーの養成や配置等については、国家資格として現在の養成カリキュラムの見直しも含めて検討すべきである。」とされた。

平成30年3月には、社会保障審議会福祉部会社会福祉人材確保専門委員会によって『ソーシャルワーク専門職である社会福祉士に求められる役割等について』として報告書(以下「社保審福祉部会専門委員会報告書」という。)が取りまとめられ、「地域共生社会の実現に向けて求められる、複合化・複雑化した課題を受け止める多機関の協働による包括的な相談支援体制や地域住民等が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制の構築に必要なソーシャルワークの機能を社会福祉士が担うために必要な実践能力を明らかにし、その能力を身につけることができるよう社会福祉士の養成カリキュラム等の見直しを検討すべきである」とされ、見直しが進められている。

このような状況を踏まえ、新しい状況に的確に対応できる人材を育成することを目的に、教育及び現場の精神保健福祉士をはじめとして、医師や保健師・看護師、社会福祉士、職能団体や教育団体等の構成員による「精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会」(以下「本検討会」という。)を平成30年12月より開催し、精神保健福祉士の役割やカリキュラムの見直し等について検討してきた。今般、これまでの議論を整理の上、本検討会としての中間的な取りまとめを行った。

さらに、本検討会では、より具体的な内容について議論するため、開催要綱の規定に基づき、平成31年1月より精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会ワーキンググループ(以下「ワーキンググループ」という。)を開催し、精神保健福祉士の養成に関わる教員を含めた専門家・有識者による検討及び作業を行ってきた。ワーキンググループでの検討及び作業の状況については、本検討会で報告の上で、議論を重ねて進めたところである。

なお、本検討会の検討にも資するよう、平成30年度障害者総合福祉推進事業において「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築及び地域共生社会の実現に向けた精神保健福祉士の役割の明確化と養成・人材育成の在り方等に関する調査」が実施された。（以下「障害者総合福祉推進事業」という。実施者：公益社団法人日本精神保健福祉士協会。）

## 2. 精神保健福祉士を取り巻く近年の環境の変化について

現在の我が国の精神医療の状況として、近年、精神疾患を有する総患者数は約419.3万人（入院患者数：約30.2万人、外来患者数：約389.1万人）（平成29年患者調査）と急増しており、平成29年に初めて400万人を超える水準となった。入院患者数は徐々に減少傾向にあるが、外来患者数は平成14年と比べ約1.7倍に増加しており疾患別にみると認知症の増加が顕著である。また、精神病床数は約32.1万床（平成29年精神保健福祉資料）と過去15年間で約3万床減少している。精神病床の平均在院日数は、267.7日（平成29年病院報告）と過去15年間で96.0日短縮してきている。他方で海外との比較においては、精神病床数は非常に多く、平均在院日数も非常に長いとの指摘もある。なお、近年の新規入院患者の入院期間は短縮傾向にあり、約9割が1年以内に退院している。

平成25年には、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、障害福祉サービスの充実等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、新たな障害保健福祉施策を講ずることを目的として、「障害者自立支援法」が「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（障害者総合支援法）」（図1）として改正され、施行された。

また、平成26年には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」（図2）において、平成16年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」における「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念を支えるための精神医療の実現に向けた、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性が示された。

さらに、平成29年の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」では、

- (1) 長期入院精神障害者の地域移行を進めるにあたっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会を構築していく必要があること
- (2) 長期入院精神障害者をはじめとする中重度の精神障害者の地域生活を支えていくためには、本人の意思の尊重と、ICFの基本的考え方を踏まえながら、多職種協働による包括的支援マネジメントを機能させていく必要があること
- (3) また、中重度の精神障害者への地域生活支援だけでなく、未治療者や医療中断者への早期支援も充実していくためには、多職種・多施設間連携を推進していくこ

とが重要であり、多職種を雇用し地域に根ざした活動をしている精神科医療機関を拡充していく必要があること

などから、これまでの「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域での移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、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ができるよう、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」（図3）を目指すことが新たな理念として明確にされた。この「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」は、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創る「地域共生社会」の実現にも寄与するものとされた。

なお、この地域共生社会の実現に向けた取組の推進の1つとして、平成30年に施行された社会福祉法では、「“地域共生社会”の実現に向けた地域づくり・包括的な支援体制の整備に向けて、地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民（世帯）が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による把握及び関係機関との連携等による解決が図られることを目指す」ことが盛り込まれた。

第7次医療計画においては、この精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築とともに、統合失調症、うつ病・躁うつ病、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医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要があることが盛り込まれた。

また、第5期障害福祉計画においても、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政策理念が盛り込まれており、保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置、精神病床における1年以上長期入院患者数及び早期退院率が成果目標として掲げられている。障害福祉サービス等報酬改定においては、地域生活支援拠点等の機能の充実・強化を更に進めるとともに、グループホームの確保や新たに創設された自立生活援助の活用等により、地域生活を支えるためのサービス提供体制の確保などの取組が強化された。

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は、都道府県・指定都市において、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の選定等による医療体制や相談体制の整備を推進するとともに依存症専門医療機関の普及啓発や民間団体と連携した受診後の患者支援を実施し、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が求められている。

このような精神保健医療福祉に関する法・施策や各種制度・サービス等の変化に加えて、人口構造の変化（人口減少・少子高齢化）、働き方の変化（非正規の増加、共働き世帯の増加）、家族構造の変化（核家族化、独居高齢者の増加）、地域のつながりの希薄化、国際化といった社会的・地域的な変化、国民の意識の変化、時代やニーズの変化なども加わり、個人・家族、組織・集団、地域及び社会など各レベル（マイクロ・メゾ・マクロ）<sup>1</sup>で精神保健福祉士を取り巻く環境は年々変化しており、働きかける対象や課題はより多様化・複雑化しているといった状況にある。

図 1

<b>地域社会における共生の実現に向けて 新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の概要</b>	
<b>1. 趣旨</b>	(平成24年6月20日 成立・同年6月27日 公布)
障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて、地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等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、新たな障害保健福祉施策を講ずるものとする。	
<b>2. 概要</b>	<b>5. 障害者に対する支援</b>
<b>1. 題名</b> 「障害者自立支援法」を「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（障害者総合支援法）」とする。 <b>2. 基本理念</b> 法に基づく日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、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、総合的かつ計画的に行われることを法律の基本理念として新たに掲げる。 <b>3. 障害者の範囲（障害児の範囲も同様に対応。）</b> 「制度の谷間」を埋めるべく、障害者の範囲に難病等を加える。 <b>4. 障害支援区分の創設</b> 「障害程度区分」について、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示す「障害支援区分」に改める。 ※ 障害支援区分の認定が知的障害者・精神障害者の特性に応じて行われるよう、区分の制定に当たっては適切な配慮等を行う。	<b>① 重度訪問介護の対象拡大（重度の肢体不自由者等であって常時介護を要する障害者として厚生労働省令で定めるものとする）</b> <b>② 共同生活介護（ケアホーム）の共同生活援助（グループホーム）への一元化</b> <b>③ 地域移行支援の対象拡大（地域における生活に移行するため重点的な支援を必要とする者であって厚生労働省令で定めるものを加える）</b> <b>④ 地域生活支援事業の追加（障害者に対する理解を深めるための研修や啓発を行う事業、意思疎通支援を行う者を養成する事業等）</b>
<b>3. 施行期日</b>	<b>6. サービス基盤の計画的整備</b>
平成25年4月1日（ただし、4. 及び5. ①～③については、平成26年4月1日）	
<b>4. 検討規定（障害者施策を段階的に講ずるため、法の施行後3年を目途として、以下について検討）</b>	
<b>① 常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方</b> <b>② 障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方</b> <b>③ 障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方</b> <b>④ 手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方</b> <b>⑤ 精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方</b> ※ 上記の検討に当たっては、障害者やその家族その他の関係者の意見を反映させる措置を講ずる。	

<sup>1</sup>「各レベル（マイクロ・メゾ・マクロ）」とは、それぞれ ミクロ＝個人・家族、小集団、メゾ＝組織、近隣、地域（生活圏）、マクロ＝地域（広域）、社会（国家、国際社会等を含む）などを示すものと言われている。



図 2

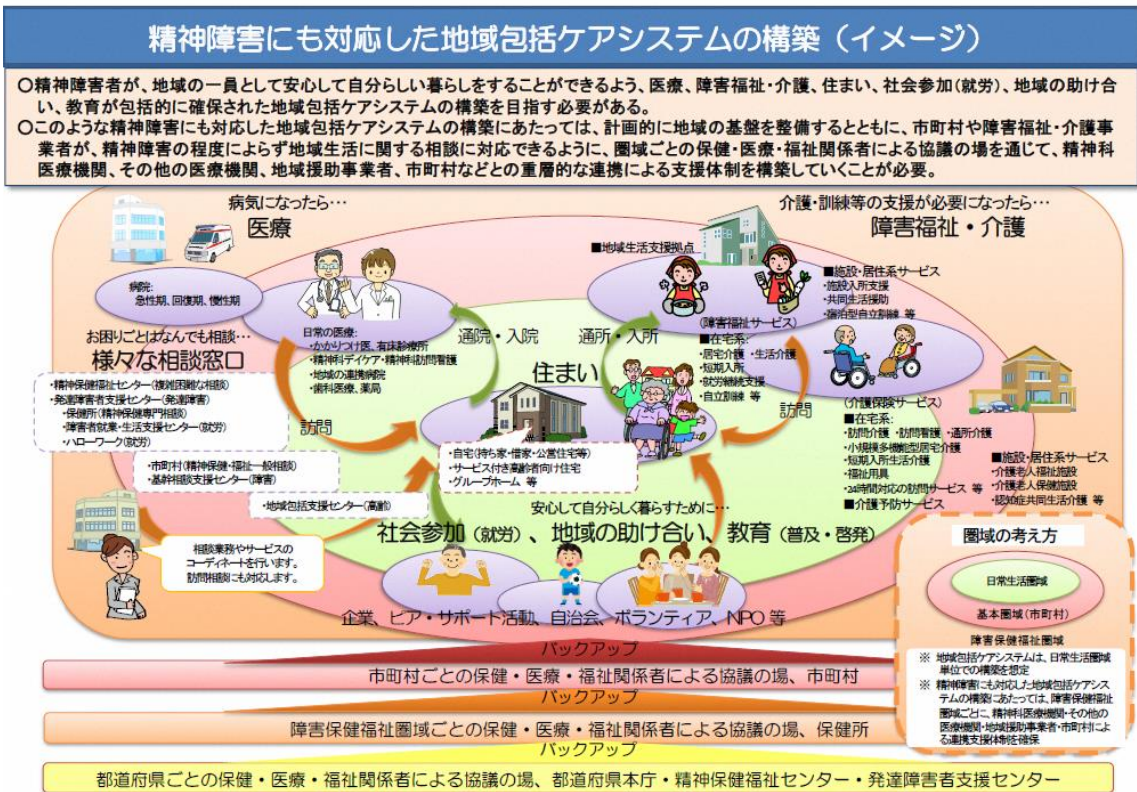
### 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針(概要)

厚生労働省告示第65号(平成26年4月1日適用)

○入院医療中心の精神医療から地域生活を支えるための精神医療の実現に向け、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性を定める。

- 1. 精神病床の機能分化に関する事項**
  - 機能分化は段階的に行い、人材・財源を効率的に配分するとともに、地域移行を更に進める。その結果として、精神病床は減少する。
  - 地域の受け皿づくりの在り方や病床を転換することの可否を含む具体的な方策の在り方について精神障害者の意向を踏まえつつ、保健・医療・福祉に携わる様々な関係者で検討する。
  - 急性期に手厚い医療を提供するため、医師、看護職員の配置について一般病床と同等を目指す。
  - 入院期間が1年未満で退院できるよう、多職種チームによる質の高い医療を提供し、退院支援等の取組を推進する。
  - 1年以上の長期入院者の地域移行を推進するため、多職種による退院促進に向けた取組を推進する。
- 2. 精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項**
  - 外来・デイケア等で適切な医療を受けながら地域で生活できるよう、外来医療の提供体制の整備・充実及び地域における医療機関間の連携を推進する。
  - アウトリーチ(多職種チームによる訪問支援)を行うことのできる体制を整備し、受療中断者等の地域生活に必要な医療へのアクセスを確保する。
  - 在宅の精神障害者の急性増悪等に対応できるよう、精神科救急医療体制を整備する。
  - 精神科外来等で身体疾患の治療が必要となった場合、精神科と他の診療科の医療機関の連携が円滑に行われるよう協議会の開催等の取組を推進する。
  - 医療機関及び障害福祉サービス事業者等との連携を推進するとともに、居住支援に関する施策を推進する。
- 3. 医療従事者と精神障害者の保健福祉に関する専門的知識を有する者との連携に関する事項**
  - 精神科医療の質の向上、退院支援、生活支援のため、多職種との適切な連携を確保する。
  - チームで保健医療福祉を担う専門職種その他の精神障害者を支援する人材の育成と質の向上を推進する。
- 4. その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項**
  - 保健所の有する機能を最大限有効に活用するための方策を、市町村等の他の関係機関の在り方も含めて様々な関係者で検討し、当該検討に基づく方策を推進する。
  - 非自発的入院の場合においても行動の制限は最小の範囲とし、併せて、インフォームドコンセントに努める等精神障害者の人権に最大限配慮して、その心身の状態に応じた医療を確保する。
  - 自殺対策(うつ病等)、依存症等多様な精神疾患・患者像に対応した医療を提供する。
  - 精神疾患の予防を図るため、国民の健康の保持増進等の健康づくりの一環として、心の健康づくりのための取組を推進する。

図 3



### 3. 精神保健福祉士の役割について

精神保健福祉士は、精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進に寄与することを目的とした精神保健福祉士法の第2条において、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の地域相談支援（地域移行支援及び地域定着支援）の利用に関する相談その他の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者と規定されている。

前述のとおり、精神保健福祉士を取り巻く環境の変化などによって、精神保健福祉士が果たしている役割は、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。

さらに、精神保健福祉法の目的にも定められているような、精神障害の発生の予防や国民の精神的健康の保持及び増進への支援、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上に努めることについても、精神保健福祉士の役割への期待が拡大してきている。加えて、社会における精神疾患や精神障害がある者への意識を変え、偏見や差別のない社会づくりも目指している。

つまり、精神保健福祉士の役割は、ソーシャルワークのグローバル定義<sup>2</sup>によれば、「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」などとされるように、ソーシャルワーカーとして、各レベル（ミクローメゾーマクロ）<sup>1</sup>の対象や課題、及び構造へ働きかける役割としての期待も増大してきている。

また、これらに伴い、精神保健福祉士の活動の場は、保健、医療、福祉、司法、教育、産業等といった多分野へ拡大し、多職種・多機関との連携・協働の機会も増加している。

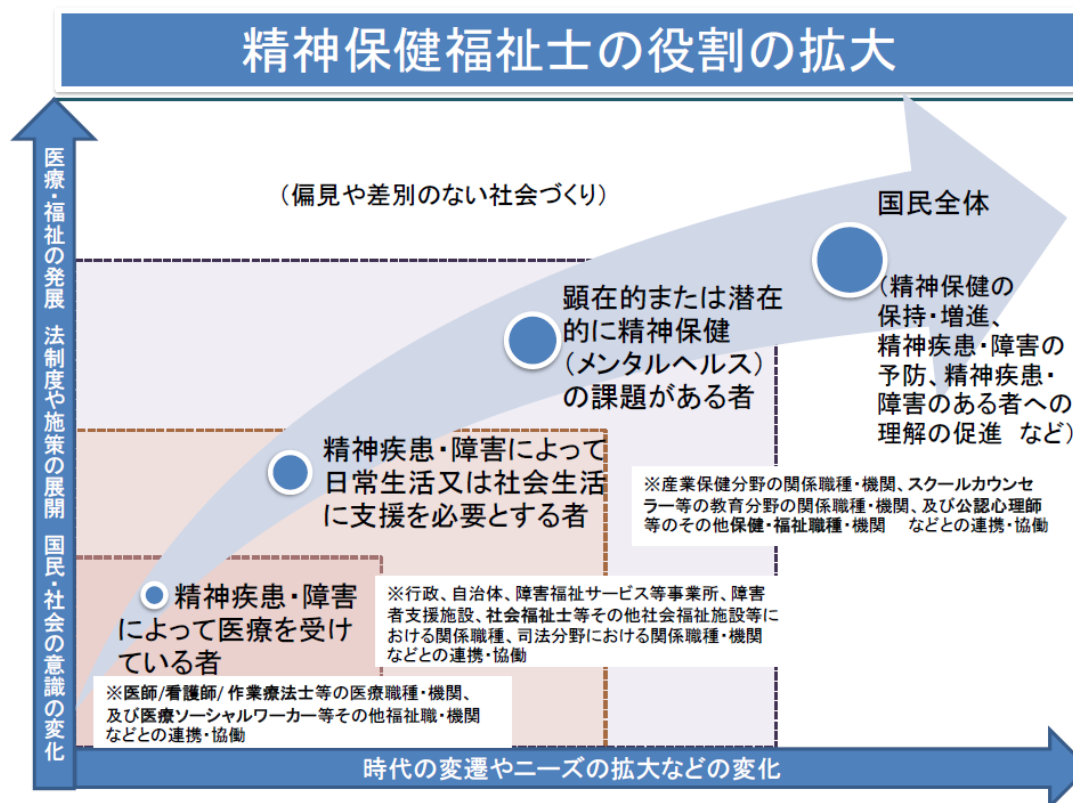
このようなことから、精神保健福祉士は、精神障害者をはじめとした精神疾患・障害、精神保健（メンタルヘルス）を中心的課題としつつも、医療・福祉の発展、法制度や施策の展開、国民の意識の変化などと、時代の変遷やニーズの変

---

<sup>2</sup> 「ソーシャルワークのグローバル定義」は、2014年、国際ソーシャルワーカー連盟（IFSW）総会及び国際ソーシャルワーク学校連盟（IASSW）総会において採択された定義。

化などに伴って、その役割が拡大してきたことが分かる（図4）。

図4



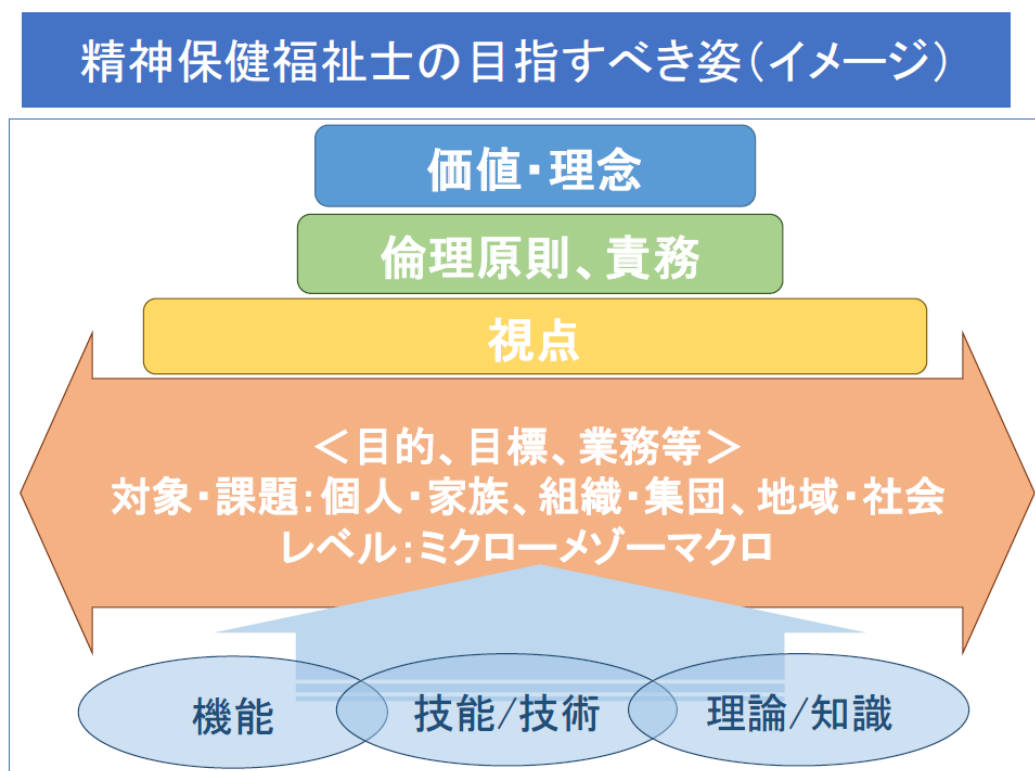
精神保健福祉士の役割は拡大するものの、価値や理念、倫理原則に基づく責務など「普遍的な役割や基盤となる役割」があり、専門職としての行動特性（コンピテンシー）を価値付ける重要な要素である。また、顕在的課題のみでなく潜在的課題も把握し、全体を俯瞰するというソーシャルワーカーとしての視点を常に意識しながら専門性を発揮することも重要な役割である。

一方、精神保健福祉士を取り巻く環境の変化及び対象や課題の多様化・複雑化にも対応できるよう、対象や課題など各レベルに応じた目的・目標を意識し、柔軟かつ包括的な業務を担うといった「変化に応じた役割」がある。また、それらの「役割に応じて必要となるもの」としてソーシャルワークの機能、精神保健福祉士の専門的知識や技能などがその専門職としての基盤となる。

精神保健福祉士の役割については、狭義の役割（業務など）と広義の役割（専門性など）に分けて検討する必要があることから、今般、本検討会及びワーキン

ゲグループでは「精神保健福祉士の目指すべき姿(イメージ)」(図5)を示した上で、「普遍的な役割や基盤となる役割(価値・理念、倫理原則・責務、視点)」、「変化に応じた役割(対象や課題に応じた支援の目的・目標、業務)」、「役割に応じて必要となるもの(機能、技能・技術、理論・知識)」として整理を行った。

図5



- 1) 普遍的な役割や基盤となる役割(価値・理念、倫理原則・責務、視点)
- 2) 変化に応じた役割(対象や課題に応じた支援の目的・目標、業務)
- 3) 役割に応じて必要となるもの(機能、技能・技術、理論・知識)



## 1) 普遍的な役割や基盤となる役割（価値・理念、倫理原則・責務、視点）

精神保健福祉士を含むソーシャルワーカーは、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て、社会福祉の推進とサービス利用者の自己実現をめざす専門職であるとされている<sup>3</sup>。

精神保健福祉士がソーシャルワークの業務を展開するにたつては、個人としての尊厳、精神保健福祉の向上（well-being；ウェルビーイング<sup>4</sup>）、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（社会的包摂；ソーシャルインクルージョン<sup>5</sup>）などの価値や理念を基盤として活動する役割がある<sup>6</sup>。

また、精神保健福祉士は倫理原則に基づき「専門性の向上、専門職の自律、地位利用の禁止、批判や連携の責務」などの専門職としての責務を果たしつつ、「基本的人権の尊重、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」などのクライアントに対する責務を果たす役割がある。「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」といった組織に対する責務を果たすとともに、「人々の多様な価値を尊重し、福祉と平和のために、社会的・政治的・文化的活動を通し社会に貢献する」という社会に対する責務を果たす役割がある<sup>6</sup>。

さらに、精神保健福祉士が実践にあたって必要となる視点は以下のように挙げられる。

---

<sup>3</sup> 参考・引用：日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会（日本精神保健福祉士協会）の『設立趣意書』、『ソーシャルワーカーの倫理綱領（2006年）』。

<sup>4</sup> 「well-being；（ウェルビーイング）」とは、身体的、精神的、社会的に良好な状態。特に、社会福祉が充実し、満足できる生活状態にあることをいう。（『大辞泉』）一人一人の生活が快適である状態を意味することばであり生活の質（QOL）の豊かさを示す概念である。（『現代社会福祉辞典』）

<sup>5</sup> 「社会的包摂；ソーシャルインクルージョン」とは、社会の全構成員が共にその一員であることを認識し、そのつながりの中で相互に支えあい、もって各自が孤立、排除、差別や摩擦に直面することを回避、あるいはそこからの脱却を図ることで、すべての人々が健康で文化的な生活を営むことができることを目指すこと、そのための取組、あるいはそれが実現できた状態を意味する。（『精神保健福祉学の重要な概念・用語の表記のあり方に関する調査研究』、一般社団法人日本精神保健福祉学会）

<sup>6</sup> 参考・引用：公益社団法人日本精神保健福祉士協会の『精神保健福祉士業務指針及び業務分類第2版』

### <主な視点>

- ① 個人・家族、組織・集団、地域及び社会など各レベル（マイクロ・メゾ・マクロ）<sup>1</sup>の連続性を踏まえた包括的な視点
- ② 人々の生活問題を「人と環境の相互作用」から捉える視点
- ③ 精神疾患や障害の有無にかかわらず、すべての人を「生活者」として捉える視点
- ④ 精神疾患や障害があることによって、差別や偏見、社会的排除の対象になりがちな人々の地域生活を支える視点
- ⑤ 個人・家族、組織・集団、地域及び社会など各レベル（マイクロ・メゾ・マクロ）<sup>1</sup>において、精神疾患や障害がある人々を疾患や障害等で分類せず個別に理解しようとする視点
- ⑥ 精神疾患や障害があることによって、パワーレスな状態に陥っている人々のエンパワメント<sup>\*1</sup>の視点（\*1：精神疾患や障害がある人々の主体性を回復・尊重することを重視する）
- ⑦ 精神疾患や障害があることによって、潜在する力が見過ごされがちな人々に対するストレングス<sup>\*2</sup>の視点（\*2：精神疾患や障害がある人々や環境の「強み」に焦点を当て最大限に活かす、「希望」を重視し、それに向かう力や周囲の力を資源として支援する）
- ⑧ 精神疾患や障害をもちながら自分らしく生きるためのリカバリ<sup>\*3</sup>の視点（\*3：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過程に寄り添う）
- ⑨ 精神疾患や障害があることによって、「要援助者」として見られがちな人びととの間にパートナーシップ<sup>\*4</sup>を構築する視点（\*4：精神疾患や障害がある人々との協働を支援の基本に置く）

## 2) 変化に応じた役割(対象や課題に応じた支援の目的・目標、業務)

原則として、精神保健福祉士は個人・家族、組織・集団、地域及び社会など各レベル(ミクローメゾマクロ)<sup>1</sup>での対象や課題に働きかける可能性がある。そのようななかで、精神保健福祉士の中心的課題として関わる主な対象は、以下のように挙げられる。

### <主な対象>

- ① 精神疾患・障害によって医療を受けている者
- ② 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
- ③ 精神保健(メンタルヘルス)の課題が顕在的にある者
- ④ 精神保健(メンタルヘルス)の課題や精神疾患・障害が潜在的にある者
- ⑤ 上記の周囲にいる家族、組織・集団、地域及び社会
- ⑥ 国民全体(※)

※精神保健の保持・増進、精神疾患・障害の予防、精神疾患・障害のある者への理解の促進、偏見や差別のない社会づくりなど。

精神保健福祉士が対象とする精神保健(メンタルヘルス)の具体的な課題としては、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、自殺、過重労働や高ストレス、ひきこもり、認知症関連の問題、介護による精神的疲労、高齢者の閉じこもり、社会的孤立、終末期医療、家庭内暴力(DV)、児童や家庭での虐待、不登校、学校における問題、性的マイノリティ、認知機能障害(発達障害、高次脳機能障害、認知症、てんかん等)などが挙げられる。

さらに、近年は災害被災者や犯罪被害者、精神保健(メンタルヘルス)課題のある外国人のほか、セルフネグレクト(支援を求めない者)、支援を拒む・否認の強い者(インボランタリー<sup>7</sup>な者)、精神保健(メンタルヘルス)と複合した生活困窮などへの支援を行うなど、対象や課題が多様化・複雑化してきている。

また、精神疾患・障害や精神保健(メンタルヘルス)課題のある者は、本人一人のみが問題を抱えていることは少ないことから、本人と家族への支援、仲間づくりや支援ネットワークの構築、社会資源の開発など、精神保健福祉士は本人のみでなく地域や社会全体を見通して働きかける重要な役割を担っている。

<sup>7</sup> 「インボランタリー」とは、支援を拒む者や否認の強い者など、本人が問題を抱えながらも問題自体に対する自覚や明確な認識がない、あるいは問題に対する認識があっても相談することについて抵抗感や不信感などがあり、自発的に支援を受けることに困難がある、などの非自発的な者をいう。逆に自発的な者を「ボランタリー」な者という。

近年の既存の調査に基づく精神保健福祉士の配置・就労状況は、図6から図8のとおりであり、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）や司法（更生保護施設、刑務所等矯正施設など）へ拡大している。

図6





図 7

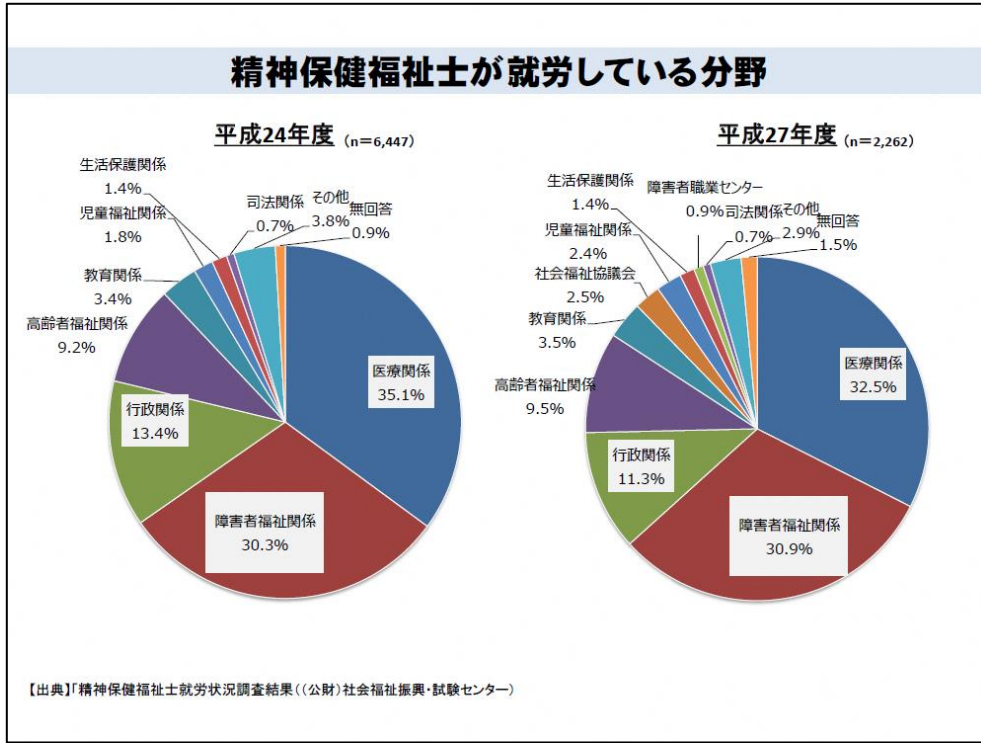
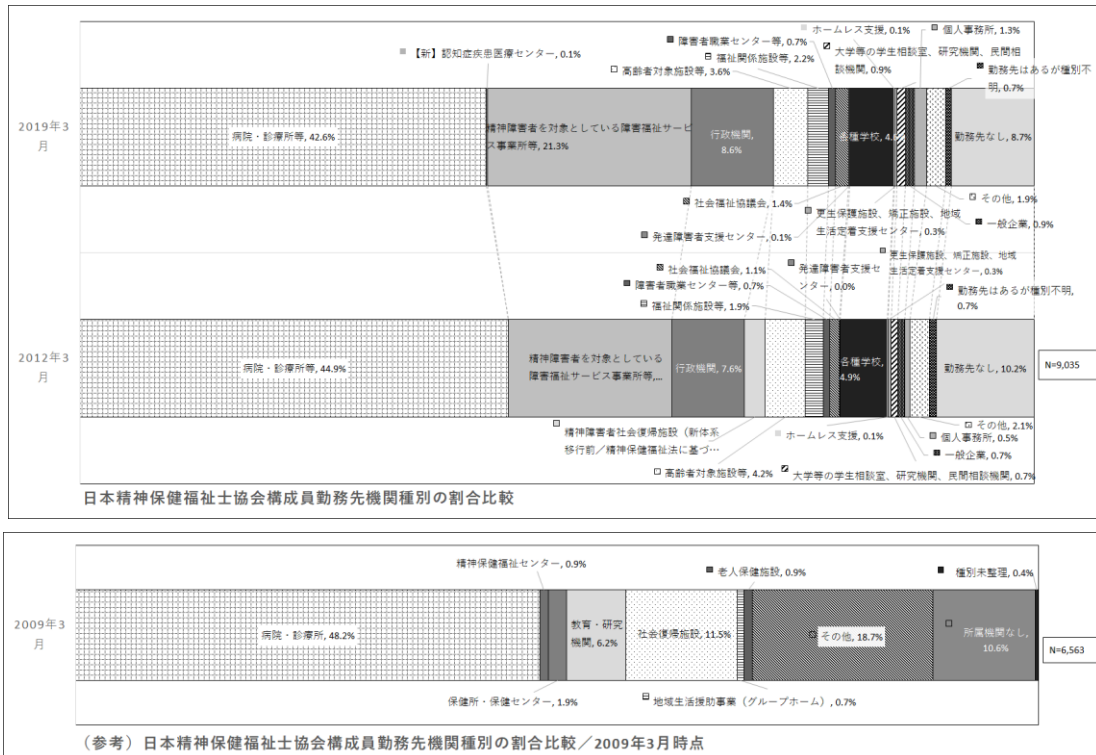


図 8



このような配置や就労状況からも分かるとおり、精神保健福祉士は医療、福祉、保健から、司法、教育、産業等へと活動の場が多く分野へ広がっており、多職種・多機関との連携・協働の機会も増加している。

各分野における対象や課題に応じた支援の目的や業務などについては、現状として以下のようなものが挙げられる。

## ■医療

医療分野では、平成25年の精神保健福祉法の改正によって、「退院後生活環境相談員」が創設されたことなど、医療機関内においては、精神疾患・障害者の退院支援に向けた多職種・多機関との連携・協働、及び患者や家族を中心としたチーム医療における「調整（コーディネート）の役割」として、「生活モデルや社会モデルに基づいた支援の役割」などを担っている。措置・医療保護・任意入院等の各入院形態での治療・回復・社会復帰の各プロセスにおいて、精神保健福祉士の果たす役割は大きい。

特に、医療の分野では前述の精神保健福祉士を取り巻く環境の変化は大きく、精神疾患・障害のある者の医療機関内での支援から、地域生活を支援する役割の比重が増え、また、精神科救急における受診前相談や退院支援の役割も重要となってきており、社会資源の活用を促し、医療機関外での生活場所や環境の確保・整備を行うことや、家族をはじめとする患者を取り巻く周囲への支援体制の確保など、他機関との連携・協働のなかで「ケースやケアのマネジメントの役割」も重要となっている。

そのほか、診療所等の精神保健福祉士においては、通院患者とその家族の生活や地域の課題に視点を置き、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育（普及・啓発）などとの包括的な支援による地域包括ケアシステムの構築に向けて、「コミュニティソーシャルワークの展開」が必要になっている。

また、精神科領域においても高齢化や認知症の患者数が増加していることなどに伴い、認知症疾患医療センターにも精神保健福祉士が配置されてきている。この領域では、個別支援や生活支援の重要性が高いことや、医療機関と介護保険サービス事業所等との連携が重要となることなどからも、今後も精神保健福祉士に期待される役割は大きい。また、単に入院時相談や退院支援のみならず、本人や家族のニーズを把握し、入院中から退院後までの継続的な支援が重要であり、退院後の生活に向けた個別支援プログラムの提供や連携パスを開発・活用することなどが求められている。

このように多職種・多機関との連携・協働の観点を中心に、医療の分野における精神保健福祉士の主な業務は、以下のように挙げられる。

### <主な業務>

#### ○組織・機関内における多職種チームでの精神保健福祉士の業務(例)

- ・ 人権擁護の観点からの精神保健福祉法等遵守のための情報提供
- ・ 行動制限最小化委員会への参加
- ・ 社会資源（制度・人・サービス等）に関する情報提供
- ・ 看護師等と協働した訪問支援
- ・ 地域移行を推進するためのチーム内でのコーディネーション
- ・ 退院支援に向けたカンファレンス等での調整や参加
- ・ 治療計画・退院計画への参画
- ・ 認知症疾患医療センターの運営
- ・ 認知症初期集中支援チームへの関与 など

#### ○組織・機関外における多分野・職種チームでの精神保健福祉士の業務(例)

- ・ ケア会議への出席
- ・ 地域自立支援協議会への参加
- ・ 関係機関・関係者との連携・協働による患者支援
- ・ 地域の社会資源の創出等への協力
- ・ ボランティアの育成支援
- ・ 障害福祉計画策定等への参画
- ・ 精神医療審査会や障害支援区分認定審査会等への参加
- ・ 医療観察法関連の会議への参加 など

## ■福祉

前述の配置状況や就労状況のとおり、現任の精神保健福祉士の実践の場は、医療中心から福祉中心へとその割合が変化しており、障害福祉サービス等事業所などで、相談支援専門員やサービス管理責任者等として個別の支援を行うほか「施設や組織のマネジメントの役割」、市町村（自立支援）協議会を活用した政策提言や社会資源の開発と創出など「地域や社会づくりの役割」を担っている。

相談支援専門員やサービス管理責任者は、ソーシャルワークの担い手として専門的知識や技能を高めつつ、インフォーマルなサービスを含めた社会資源の効率的な活用や改良・開発、地域のつながりや支援者・住民等との関係の構築、本人自身が目標を導き出すことへの支援、生きがいや希望を見出すことへの支援等を行うことが求められている。つまり、

- ① 支援の対象となる者の望む生活の実現に向けた個別支援を行うこと
- ② 課題を解決するための仲間やネットワークづくりを支援すること
- ③ 課題を集約するなかで、協議会等を活用して社会資源の開発や政策への提言・反映に結びつけること

などを軸とした役割を担っている。

また、精神保健福祉士は、従来、社会的な支援（金銭、住居、仕事、支援者等）がない者への退院支援を医療の分野で中心的に行ってきたが、平成24年の障害者自立支援法の改正に伴い、市町村及び相談支援事業所での地域生活の支援、地域の受け皿や体制整備の役割を担うことが追加された。その後、障害者総合支援法が施行され、平成30年度には地域移行における対象者を明確にするため、「介護給付費等の支給決定等について（平成19年3月23日障発第0323002号障害保健福祉部長通知）」の改正が行われ、入院期間に関わらず地域移行支援の対象者となることが示された。これにあたって精神保健福祉士は「各機関・職種の連携の調整（コーディネート）や支援のマネジメント」を行い、「本人の希望を中心に据えた支援を展開する役割」を担っている。

なお、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築においては、医療と福祉の分野のみならず、多分野との連携・協働が必須であり、保健・医療を起点とした基盤整備と福祉等を起点とした基盤整備といった、両軸・多側面からの体制構築が重要である。多分野・多機関での協議の場においては、個別支援を実際に担い、ネットワークや社会づくりといった支援体制・基盤の整備を実際に担う精神保健福祉士の果たす役割は大きいと考えられる。

## ■保健・行政

保健・行政分野では、精神保健福祉士は主に精神保健福祉センター、保健所及び市町村に配置されており、精神保健及び精神障害者の福祉に関する相談や訪問支援を行う「精神保健福祉相談員」（精神保健福祉法第48条）として任命している地方自治体もある。

精神保健福祉士は、個別の相談に対する精神科受診の勧奨や他機関への連携、アウトリーチ（訪問支援）など「支援につなぐ役割」、及び家族による本人への支援のための助言などを行う「家族など支援者への支援の役割」などがある。また、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、関係機関の連携による「地域や体制づくりの役割」及び、受診前相談や退院後支援といった「精神科領域におけるトリアージの役割」なども担っている。

近年は、依存症、自殺予防、ひきこもり、認知症や介護に係る問題など、様々な精神保健（メンタルヘルス）課題への対応が求められていると共に、本人や家族、その周囲の人々が正しい知識をもつための心理教育、再発予防や不安を軽減するための助言・指導など「教育や普及・啓発の役割」も担っている。

そのほか、以下のような具体的な業務が例示できる。

- ① 精神保健福祉センターにおいては「精神保健福祉センター運営要領」に基づ

き、都道府県（指定都市）の地域精神保健福祉の質の向上を目指した研修会や技術協力を行うとともに、精神障害の発生の予防（一次予防）に関する普及啓発などの取組を行っている。

- ② 保健所及び市町村においては「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」に基づき、管内住民を対象とした精神保健福祉相談等の業務を行っている。さらに保健所においては、警察官通報（精神保健福祉法第23条）等への対応を行うなかで、「措置入院の運用に関するガイドライン」に基づき「精神保健福祉相談員」等の専門職である職員として事前調査を行うことや、「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」を踏まえて共同意思決定に配慮しつつ対象者の支援計画を作成し、市町村等の協力を得て当該計画に基づいた支援を行っている。
- ③ 市町村においては、住民の精神保健福祉に関する業務を行うほか、医療保護入院に際して行う市町村長同意に関する業務がある。同意に係る事務及び入院中の面会等においては対象者の状態等の把握に努めるとされていることから、精神保健福祉士がこれらの業務にあたっている。
- ④ 精神科救急医療体制においては、精神保健福祉士は精神科救急情報センター等に配置され対応することなどによって、受診前相談の質の担保を担うことも多くなっている。

このように、保健・行政分野における精神保健福祉士の役割は拡大している一方、保健所や市町村における精神保健福祉士の配置が十分でないといった意見もあり、今後の地域における精神保健福祉活動の推進には、精神保健福祉士の登用の促進を検討することが重要である。

## ■司法

司法分野では、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「医療観察法」という。）において、精神保健福祉士がその諸手続や本人・家族等の支援等を行う社会復帰調整官や精神保健参与員等として、配置・指定等されている。また、刑務所からの出所者への地域生活定着支援をはじめとした罪を犯した障害者への生活支援に加え、薬物依存、病的窃盗や性嗜好障害など、精神保健（メンタルヘルス）の問題が関連して犯罪を繰り返す可能性がある者に対して司法領域における再犯防止プログラムを実施する役割も担っている。

## ■教育・児童

教育・児童分野では、精神保健福祉士はスクールソーシャルワーカー等として、

教育分野に関する知識に加え社会福祉等の専門的な知識や技能を用いて、児童やその行動のみならず、家族、教員、学校など、児童の周囲や組織・環境へも働きかけ、相談支援体制を整備する役割などを担っている。さらに、学校内においては、児童や家族への視点のみならず、教員や学校、スクールカウンセラーと連携・協働して、教育の質を担保・向上するための視点も役割として期待されている。

また、児童虐待への対応や未然防止に向けた介入・支援、あるいは精神疾患・障害のある親への支援などのように、児童やその家族が課題を抱えていると判断した場合は、精神保健福祉士は児童相談所の職員として関わることや、児童相談所へ連携して働きかけること、また必要に応じて、市町村教育委員会、学校、保健所・保健センター、精神科医療機関等の多機関とも連携して働きかけるなど、児童を取り巻く家族全体の支援を行う役割を担っている。

## ■産業・労働

産業・労働分野では、企業等におけるストレスチェックの実施者、従業員の精神保健（メンタルヘルス）課題への対応や一次予防の取り組みに関するコンサルタント、精神疾患等による休職者の職場復帰支援（リワークプログラムの実施など）を行う産業保健スタッフとしての役割を担っている。また、公共職業安定所における精神障害者雇用トータルサポーター等として、求職者本人に対するカウンセリングや就職に向けた準備プログラムを実施するとともに、事業主に対して精神障害者等の雇用に係る課題解決のための相談援助等の業務を担うなど、対象や課題の多様化・複雑化に伴い、産業分野における精神保健福祉士が担う役割への期待も増大している。

### 3) 役割に応じて必要となるもの（機能、技能・技術、理論・知識）

精神保健福祉士を含むソーシャルワーカーの主な機能としては、以下のよう  
に挙げられる。

#### <主な機能>

- 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（メディエーション）
- ④ 教育（エデュケーション）
- ⑤ 評価（エバリュエーション）（アセスメント）（モニタリング）
- ⑥ 調整（コーディネーション）
- ⑦ 権利擁護/代弁（アドボカシー）
- ⑧ 促進（ファシリテーション）

- ⑨ 啓発（イニシエーション）
- 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 相談/諮問（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）（チームアプローチ）
- ⑭ つなぐ/連結（リンケージ）
- ⑮ 変革（イノベーション）

その他、必要とされる機能や能力

- 調査/分析/統計（リサーチ/アナリシス/スタティスティックス）
- 戦略的思考（ストラテジー・シンキング）
- 説明責任/説明（アカウンタビリティ）（プレゼンテーション）
- 法令遵守（コンプライアンス）

また、精神保健福祉士が身につけるべき主な知識や主な技能としては、以下のように挙げられる。

#### <主な知識<sup>8</sup>>

- 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
- 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
- ③ 人間相互の意思伝達の仕方、感情を表現する仕方
- 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
- ⑤ 社会が有する精神的価値、法律、社会制度及び文化が、個人や集団、地域・社会に対して持つ意味と影響
- ⑥ 個人間、個人と集団、及び集団間の関係や相互作用過程
- ⑦ 地域社会の発展と変化の仕方、社会サービスと資源
- ⑧ 社会的サービスの内容、組織、方法
- 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

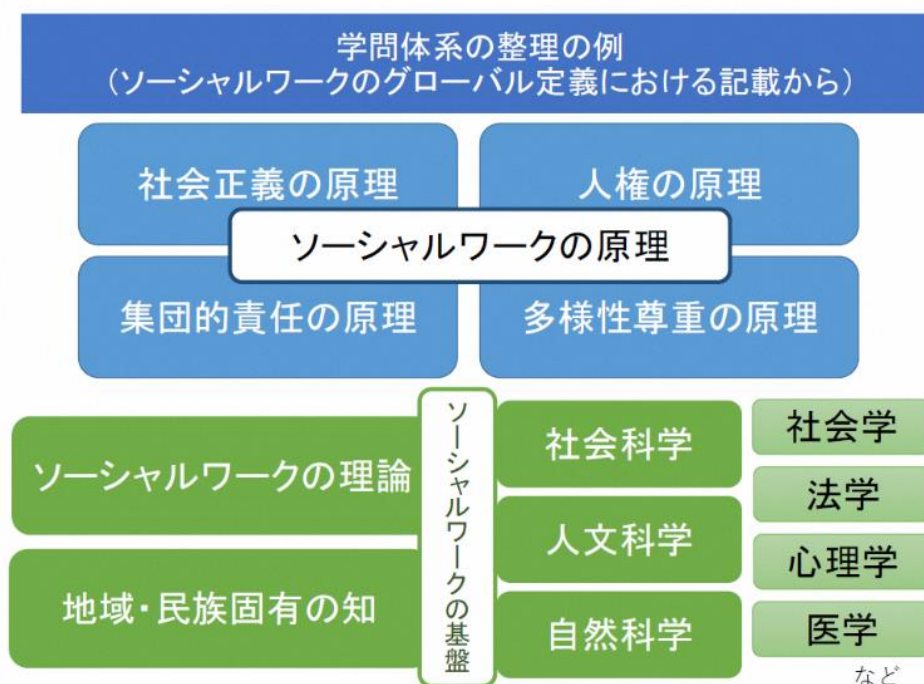
#### <主な技能>

- アセスメント
- 計画
- 個別相談援助（ケースワーク）
- 家族への支援（家族教育など）
- 集団を活用した相談援助（グループワーク）
- ケアマネジメントとチームアプローチ
- スーパービジョンとコンサルテーション
- コミュニティソーシャルワーク
- 施設や組織のマネジメント
- リハビリテーション

<sup>8</sup> 参考・引用：公益社団法人日本精神保健福祉士協会の『精神保健福祉士業務指針及び業務分類第2版』。

ソーシャルワーカーの基盤となる学問体系としては、ソーシャルワークのグローバル定義<sup>2</sup>に基づいてソーシャルワークの原理やソーシャルワークの基盤などがある（図9）。ソーシャルワークの基盤を学ぶ内容には、社会学、法学、医学（精神医学、精神保健学）心理学などの科目に加えて、政治学や経済学の視点で事象を捉えるための知識も重要である。また、国や地域及び各分野における固有の知として、精神保健福祉に関する法・サービス体系の知識や精神保健福祉に係る相談援助、精神疾患・障害や精神保健（メンタルヘルス）課題のある者への援助技術等など専門的な科目について学び、その専門性を高める必要がある。さらに、我が国の実情を比較・分析的に捉え、客観・俯瞰的に事象を把握するため、国際的な視点での知識も重要である。

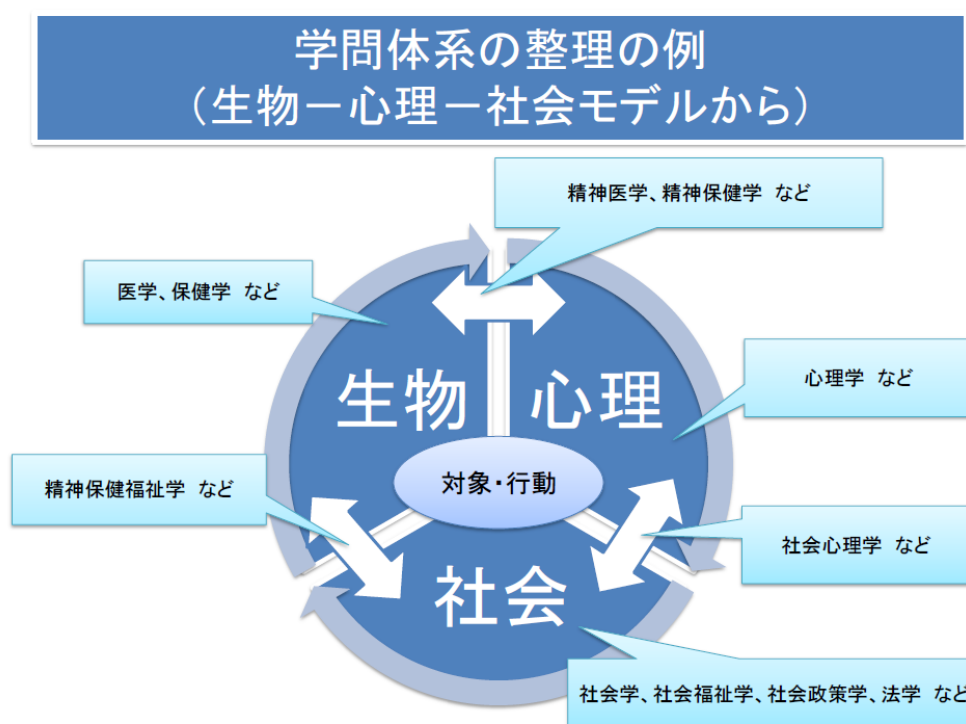
図9



生物－心理－社会モデルでみると、対象や行動、その人を取り巻く環境や背景などを多角的な視点で捉え、その相互作用を理解しながら働きかけるために必要な基礎的な知識や技能を身につける必要がある（図10）。また、多職種との連携・協働に当たっては、共通の認識や知識が何かを理解しておくことも重要であり、関係職種とその専門的学問分野及び役割などと自身の専門職及び専門的学問分野との関係性などについても併せて理解しておくことが、有機的な関わりや働きかけには重要と考えられる。



図10



以上のようなことを踏まえ、精神保健福祉士が養成課程で学ぶべき教育内容等のイメージとしては、以下のように挙げられる。

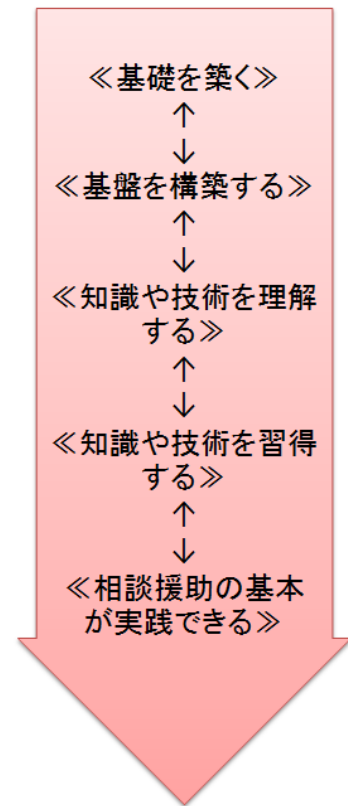
#### <教育内容等のイメージ>

- ① 対象となる人の心や行動を背景も含めて捉え、人を取り巻く社会の構造を把握するための「人と社会・環境の相互作用」に関する理解
- ② 社会福祉の原理、専門職としての価値や理念及び倫理原則や責務などソーシャルワーカーの基盤に関する理解
- ③ 精神保健福祉士の総合的かつ包括的な相談援助に必要な、対象の理解や支援の方法に関する知識や技術
- ④ 各分野における支援や多職種との連携・協働に向けた、相談援助の理論と方法に関する知識や技術
- ⑤ 総合的かつ包括的な相談援助の実践に向けた学習内容の統合のための実習・演習

これらの教育内容等のうち、繰り返し学ぶことによって知識を積み重ね、技術を身につけていく内容もあることなどを踏まえると、カリキュラム構造のイメージとしては、次のように挙げられる。

## <カリキュラム構造のイメージ>

- ① ソーシャルワーカーとして人や社会等に働きかけるため、対象や事象及びその背景を分析し理解するための基礎となる科目 《基礎を築く》
- ② 社会福祉を学問的基盤とする専門職の基礎として、専門的な思考や視点を学び、理論を構築するための科目《基盤を構築する》
- ③ ソーシャルワーク及び精神保健福祉の相談援助を実践する上で必要な知識や技術を理解するための科目《知識や技術を理解する》
- ④ 精神保健福祉士として専門性を発揮する上で基礎となる専門的な知識や技術を習得するための科目《知識や技術を習得する》
- ⑤ 学習内容を統合させ、精神保健福祉士として思考・行動し相談援助を実践できる基本的な力を習得し、さらに専門職としての研鑽課題を認識するための科目《相談援助の基本が実践できる》



#### 4) 今後も一層求められる精神保健福祉士の役割

精神保健福祉士を取り巻く環境の変化などによって、精神保健福祉士が果たしている役割は、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。精神保健福祉士は、常に対象となる人や家族を中心・主体とすることを念頭に置きながら、生活や社会の視点からそのチームや組織での活動における目的・目標を明確にすること、さらに、自らの果たす役割を踏まえて専門性を最大限に発揮できる業務の範囲と連携方法を模索することが重要である。

また、国民や社会に働きかけるソーシャルワーカーとしての役割や、多職種との連携・協働における「調整」の役割を果たすにあたっては、戦略的思考をもって、根拠に基づいた活動に努めることも重要である。さらに、政策や制度には限界があるということも学び・考えることなどによって、自らが専門職として政策や制度の枠組みを超えて主体的に活動すること、個別の支援やコミュニティソーシャルワーク等を通じて社会への働きかけや変革をもたらすこと、及び国民全体への働きかけによって偏見や差別のない社会づくりを目指すことなども重要な役割であると考えられる。

このようなことを踏まえ、今後も一層求められる精神保健福祉士の役割としては、以下のように挙げられる。

##### <今後も一層求められる精神保健福祉士の役割>

- (1) 精神疾患・障害によって医療を受けている者等への援助  
(医療機関内外での相談や支援など)
- (2) 医療に加えて福祉の支援を必要とする者等への援助  
(日常生活や社会生活への支援など)
- (3) 医療は受けていないが精神保健（メンタルヘルス）課題がある者への援助  
(顕在的ニーズの発見、回復への支援、アウトリーチなど)
- (4) 精神疾患・障害や精神保健（メンタルヘルス）課題が明らかになっていないが、支援を必要とする可能性のある者への援助  
(情報提供、理解の促進、潜在的ニーズの発見、介入など)
- (5) (1)～(4)に関連する多職種・多機関との連携・協働における調整等の役割  
(マネジメント、コーディネート、ネットワーキングなど)
- (6) 国民の意識への働きかけや精神保健の保持・増進に係る役割（普及、啓発など）
- (7) 精神保健医療福祉の向上のための政策提言や社会資源の開発と創出に係る役割

## 4. 求められる役割を踏まえた今後の対応の方向性

### 1) 現状の課題

精神保健福祉士を取り巻く環境の変化や、今後も一層求められる精神保健福祉士の役割などを踏まえて、精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討に当たっての課題は、以下のように挙げられる。

#### <求められる役割に関する課題>

- 求められる役割や新たな役割の見える化に関する課題
- 多職種との連携・協働における役割の明確化に関する課題

#### <精神保健福祉士の養成の在り方に関する課題>

- 精神保健福祉士のカリキュラムの構造や科目体系に関する課題
- 精神保健福祉士の養成課程で必要となる教育内容等に関する課題
- 多職種との連携・協働を踏まえた教育内容等に関する課題
- 教育内容等の全体に関わる用語の統一や定義の明確化に関する課題
- 科目毎の教育内容等に関する具体的な課題
- 学習・教授方法及び演習等で学ぶべき内容に関する課題
- 実習の質の担保に関する課題
- 実習指導の工夫や充実に関する課題
- 教員等の要件や在り方等に関する課題
- 実習指導者講習会及び教員養成講習会に関する課題

#### <基礎教育と卒後教育の役割及び継続教育の在り方について>

- 基礎教育と卒後教育の役割の明確化に関する課題
- 継続教育の必要性や仕組みづくりに関する課題
- 研修やスーパービジョンなど継続教育の内容・方法に関する課題

## 2) 今後の対応の方向性

前述の現状の課題に対しては、次に示すような対応を行うことが必要と考えられるが、具体的な方法や内容等については引き続き検討していく必要がある。

なお、精神保健福祉士に求められる役割を果たすためには、精神保健福祉士が就労している機関（行政、医療機関、障害福祉サービス事業所等の福祉分野や労働・司法・教育など）、教育機関やその団体、職能団体等が連携しながら対応をしていくことが重要である。また、個々の精神保健福祉士においては、専門的な知識や技能の研鑽・更新に励むとともに、自らを取り巻く環境の変化を把握しながら、客観的に自らの職種や属する分野を俯瞰して、多職種との連携・協働の在り方について考えながら役割を果たしていくことが重要である。

このようなことを踏まえて、本検討会においては、以下のとおり、今後の対応の方向性について現時点での整理を行った。

### (1) 精神保健福祉士の役割に関する対応

#### ア 精神保健福祉士の役割の周知・普及

制度創設当時に求められた「精神障害者の社会復帰の支援」を担う役割については、昨今の精神障害者を取り巻く環境の変化により重要性が一層高まっている。また、国民の精神保健の課題が複雑化・多様化しており、精神保健福祉士に求められる役割も拡大している。このようなことを踏まえて、精神保健福祉士の具体的な役割（業務）を平易で簡潔に説明できることや、拡大している精神保健福祉士の役割（専門性）も含めつつ、国民や社会及び他職種・他分野に対して分かりやすく伝えていくことで、その専門性が最大限に発揮されるよう努める必要がある。

#### イ 多職種との連携・協働における役割の明示

ソーシャルワークには多職種が関わるということを踏まえて、精神保健福祉士が専門職として主体性・独自性など専門性を確立・発揮するためにも、そこにおける中核となる行動特性（コンピテンシー）を明確化することや、より高いスキルを身につける教育・人材育成の在り方について引き続き検討する必要がある。

また、支援に係る業務に他職種の関わりが増えてくることを見据えて、多職種との連携・協働の在り方やモデルの例を検討する必要がある。

さらに、支援の対象となる当事者が主体であることを基本としつつ、

地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現の担い手が有機的に作用し合うよう調整することが精神保健福祉士に期待される役割であることを踏まえて、その具体的な方法等について検討することも重要である。

なお、多職種との連携・協働においては、精神保健福祉士の役割を明確にした上で、自らその役割を平易に説明できることや、自らその周知に努めることに加えて、他職種・他機関の役割や特性等について理解しておくことが必要であり、養成課程における教育内容等で明確化・充実させることが重要である。

## (2) 精神保健福祉士の養成に関する対応

### ア コアコンピテンシーに基づく学問体系の整理とカリキュラムの構造化

ソーシャルワークのグローバル定義<sup>2</sup>に「専門職であり学問である」とされていることから、養成課程における教育内容等を改めて学問体系として整理するとともに、カリキュラムの構造や科目の体系を考えることの前提として、前述の精神保健福祉士に求められる役割の整理に応じて、中核となる行動特性（コンピテンシー）や「養成課程において基軸となる教育目標」を明確にしながら、多面的な視点によるカリキュラムの体系化・構造化が重要である。

また、現行のカリキュラムにおける科目間の内容の重複を確認・整理した上で、プロフェッショナルリズム教育を意識して重ねて繰り返し教えるべき内容（必要な重複）について検討し、具体的な重複項目の在り方についてそれぞれの意義や目的を明確にしながら整理する必要がある。その上で、精神保健福祉士の専門的な教育内容については、深化させることが重要である。

特に身につけるべき技能としては、アセスメント力、調整力、連携・協働の力などが挙げられ、精神保健福祉士の新たな職域・分野や支援の多様化など、多職種との連携・協働や多角的・包括的な役割が求められることから、講義中心の科目及び演習・実習の双方の教育内容で充実させることが重要である。

一方、科目数を増やすことや履修時間数等を増やすことに拘泥することなく、精神保健福祉士の価値や理念、責務、ソーシャルワークの基盤となる視点、機能、理論などが精神保健福祉士の養成において浸透するような見直し内容とすることも重要である。

加えて、演習－実習指導（事前）－実習－実習指導（事後）－演習と

いった連続性のある教育内容等となるよう検討することが重要であるとともに、講義を中心とする科目においても実践能力につながるような教授方法を検討することが重要であり、カリキュラムにおけるアクティブ・ラーニング<sup>9</sup>（グループワークなど含めた能動的な学習）の具体的な方法などを例示することも検討する必要がある。

精神保健福祉士の養成課程には多様な区分があり（図11）、どの養成区分であっても、専門職として、ソーシャルワークの価値と理論に関する理解・教育を担保できるようなカリキュラムの構造、教育内容の均衡を図ることも重要である。なお、大学では1年間で登録できる単位の上限定（CAP制<sup>10</sup>）などカリキュラムの制約等があることから、教育全体の制度や課程との整合性に留意する必要がある。

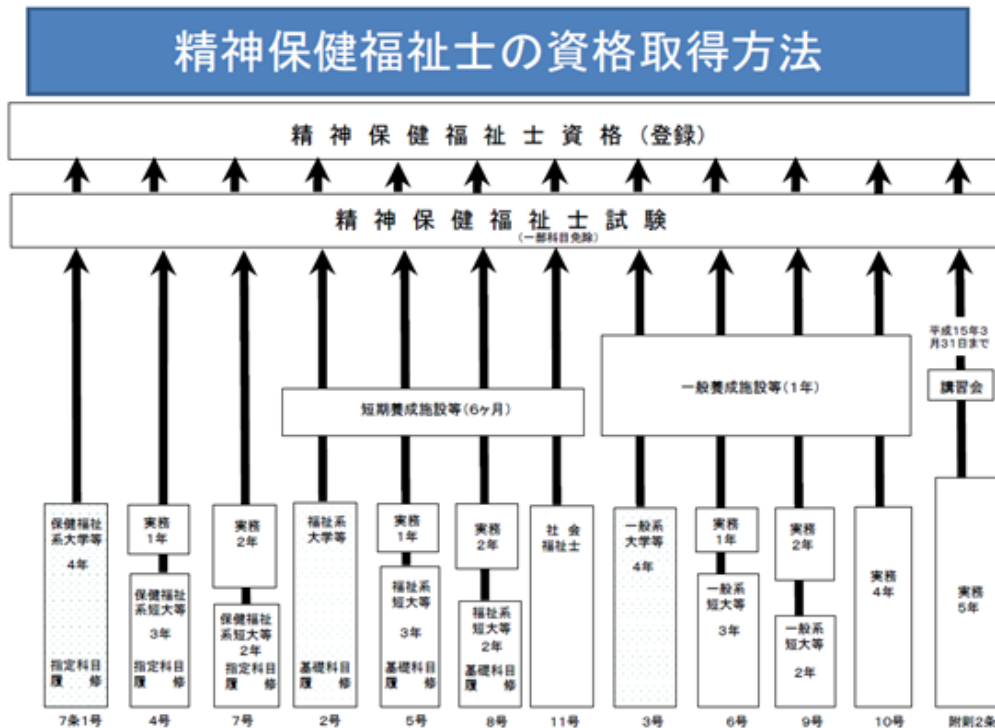
さらに、精神保健福祉士と社会福祉士の両方の資格を志す学生が習得・資格取得できるよう、共通科目や読替科目の設定について配慮することが重要であり、社会福祉士の検討状況をも踏まえながら、それぞれの専門性について明確にするとともに、相互に調整することが望ましい。

---

<sup>9</sup> 「アクティブ・ラーニング」とは、教員による一方向的な講義形式の教育とは異なり、学修者の能動的な学修への参加を取り入れた教授・学習法の総称。学修者が能動的に学修することによって、認知的、倫理的、社会的能力、教養、知識、経験を含めた汎用的能力の育成を図る。発見学習、問題解決学習、体験学習、調査学習等が含まれるが、教室内でのグループ・ディスカッション、ディベート、グループ・ワーク等も有効なアクティブ・ラーニングの方法である。（文部科学省『用語集』より）

<sup>10</sup> 「CAP制」とは、単位の過剰登録を防ぐため、1年間あるいは1学期間に履修登録できる単位の上限を設ける制度。（文部科学省『用語集』より）

図11



### イ 養成課程における教育内容等の具体的な見直し

政策や制度、サービスを中心とした現行の教育内容から、精神科医療や精神障害者への処遇の歴史など、精神保健医療福祉の背景や変遷、理念や概論を中心とした教育内容が基軸となる（一体的に学ぶ）よう見直しを行うことが重要である。また、養成課程においては、精神保健福祉士に将来的に財産となる「生命や個人の尊厳」などの人権意識、人間の心（こころ）と身体（からだ）に関する理解、社会の構造・仕組みを読み解き理解する力、クライアントに寄り添う心などを育むことに重点を置いた内容とすることが重要である。なお、社会学、法学、医学、心理学などの学問・科目は、実践能力や論理的な思考の基盤として必須であるため、現行の教育内容や科目について見直しを検討する必要がある。

社保審福祉部会専門委員会報告書においても、「ソーシャルワークの基本を習得することを土台として幅広い福祉ニーズに対応できるようにするための実践能力を習得できる内容とすべきである。この点については、ニーズの多様化に合わせて科目を積み上げたり、科目を細分化したりするというのではなく、身につけておくべき普遍的な知識・技



術は何かという観点から整理が必要」とされている。

教育内容等の具体的な見直しについては、今後、更に検討する必要があるが、これまでの検討過程における具体的な科目に関する対応案（としての主な意見）は次のとおりである。

#### <具体的な科目に関する対応案>

- 「医学」については、基本的な解剖学的知識のみでなく、対象に対する理解や支援の基礎となる生理学や病態生理、ライフステージにおける心身の変化や健康、人と環境との関わりや健康の概念など公衆衛生学的な側面から医学を理解しておくことも、地域やコミュニティも対象とする観点から重要ではないか。
- 「精神疾患とその治療」など精神医学の科目では、単に疾患別の成因や治療のみでなく、医療機関内での外来・入院治療から地域医療の流れ、診断・治療、回復から社会復帰といったプロセスなども踏まえて、精神保健福祉士が関わる対象や他職種について理解しておくことも重要ではないか。
- 「心理学理論と心理的支援」については、ソーシャルワーカーとしての自己覚知や対象となる人の言動や行動を解釈する枠組みの理解・構築に向けて、心に関連する科学的知見を統合するような内容が重要ではないか。例えば、発達心理学や認知心理学、行動科学など人間理解の基盤となるため内容を充実させる必要はないか。
- 「社会学」については、ソーシャルワーカーとして多様性・複雑性を理解することや変化過程にあるものを幅広く捉えることの基盤として、単に社会保障のみならず、社会全体の構造や機能、現代社会の諸相など、対象のみでなくその背景も含めて理解することを学ぶという観点も重要であり、現行のカリキュラムで不十分な点がないか確認する必要はないか。
- 旧カリキュラムで廃止された「法学」については、ソーシャルワーカーとして基盤となる、法律の理念や概念を理解し、支援やサービスとする職種において、法学の基本的知識、法的体系や法の原理・原則を学ぶことは重要である。よって、制度に基づく個別の支援方法の科目の他に、社会学・医学・心理学等と同様に基礎的な科目として位置づけるよう見直しが必要ではないか。
- 旧カリキュラムの「社会福祉概論」や「精神保健福祉論」などのような専門職としての基盤となる科目を設定し、価値や理念、関連する法や施策の変遷・体系を一体的に学ぶことが重要ではないか。また、支援を学ぶ科目にあたっては背景が課題を抱える者の生活とどのように関係するかなどと併せて学ぶ必要はないか。
- 現行の「現代社会と福祉」「福祉行財政と福祉計画」「地域福祉の理論と方法」については、「福祉サービスの組織と経営」（社会福祉士の専門科目）の内容を加えて、「社会福祉の原論のような科目」「社会福祉制度とその運用について学ぶ科目」「地域福祉の理論と方法」の3科目等のように統廃合することも検討してはどうか。
- 精神保健福祉士の養成において中心的科目を設け、精神医療と福祉の歴史、精神疾患・障害への処遇の歴史と問題意識や関わりなどについて、単なる歴史の事実ではなく、何故それが必要かを体系的に学ぶ科目として「精神保健福祉論」のような科目を設けることが重要ではないか。
- 障害者又は精神障害者の歴史や背景については、相談援助の基盤となるため重要である一方、「障害者に対する支援と障害者自立支援制度」については、他の科目との重複が多いことから整理する必要はないか。三障害一元化として一体的に理解する必要

がある一方で、各障害に対してはソーシャルワーカーとしてそれぞれの対象の理解や関わり方には濃淡があり、それぞれの支援方法があるため、専門科目として学ぶことも検討する必要がないか。

- 「保健医療サービス」については、医療保険制度や介護保険制度、多職種との連携・協働など、他の科目との内容の重複が多く、制度を学ぶ内容よりも医療ソーシャルワークに必要な内容として整理・見直す必要がないか。
- 「精神保健福祉に関する制度とサービス」については、医療保険や社会調査に関する内容など「保健医療サービス」や「社会保障」などの共通科目や社会福祉士の専門科目とも重複する部分が多いことから整理する必要はないか。
- 社会保障は、他の科目によって内容を加除せずに、公的扶助や生活保護制度とも合わせて社会保障の全体を体系的に学ぶ必要がないか。生活困窮者自立支援制度なども学ぶ必要はあるが、制度ができるたびに科目として立てることは不要ではないか。また、生活困窮者は貧困とは限らないため、その理念等として学ぶこともできるのではないか。社会保障と税の一体改革など、施策の内容を教えるだけでなく、そのことが人びとの生活にどのような影響を与えるかを考え、制度を批判的にとらえる視点も学べると良いのではないか。
- 「精神障害者の生活支援システム」や「障害者に対する支援と自立支援制度」などの科目と合わせて、「精神保健福祉士に必要な制度論」として再編してはどうか。
- 現行の社会福祉士の専門科目である「社会調査の基礎」は、精神保健福祉士もソーシャルワーカーの基盤とし、対象に関連する現象を分析的に理解する必要があり、「社会福祉調査の基礎」を学ぶ科目としてカリキュラムに盛り込んではどうか。
- 現行の社会福祉士の専門科目である「更生保護制度」は、現在の精神保健福祉士やソーシャルワーカーとしての役割の拡大を踏まえ、「刑事司法制度」を体系的に学ぶ科目としてカリキュラムに盛り込んではどうか。
- 現代社会の特徴から、家族支援、高齢者や児童・思春期の分野への理解と協働などの学びを充実させる必要はないか。「現代における精神保健課題とその支援」を学ぶ科目として、現行の科目について見直してはどうか。
- 精神障害者をもつ親や子ども（児童福祉）、認知症とその家族への支援（高齢者福祉）、生活保護における精神障害を有する被保護者への支援（公的扶助）などの各論も重要であり、専門科目の内容の充実化、または共通科目化するなど検討する必要はないか。一方、その専門職としてどのように支援するかということと併せて学ぶことが重要であるため、単に対象や課題の拡大に合わせて時間数や科目数を増やすことへは配慮が必要ではないか。

## ウ 学習方法の在り方の見直し

「獲得としての学習」（知識を獲得することによる学習）から「参加としての学習」（活動への参加による学習）へのパラダイムシフト<sup>11</sup>が必要である。例えば、現場の職員等を講師として活用すること、自助（セルフヘルプ）グループなど当事者の話を聴くこと、集団療法やグループワークや現場施設を見学することなど、演習や見学実習などの工夫、アクティブ・ラーニングの充実も重要である。

<sup>11</sup> 「パラダイムシフト」とは、ある集団・時代を支配する考え方が、非連続的・劇的に変化する事。社会の規範や価値観が変わること。（『大辞泉』）

また、1人の学生が実習で経験できる施設・範囲は限られるため、実践的な演習を充実させ、多彩な現場を演習で具体的に教えるよう工夫することが重要である。そして、養成課程の入学当初から現場職員との交流の機会を作ること、演習・実習又は教員を通じて「精神保健福祉士という仕事の魅力」を伝えられるよう工夫することも重要である。

加えて、実習では経験できない電話相談、実際の面接体験、(実習記録でない)記録の書き方など、現場で直ぐに必要な一般的な技能や相談援助の技術について、演習等で学ぶよう工夫する必要があり、また、コミュニケーション能力、対人スキルを身につけられるよう工夫することも重要である。

なお、医療職におけるIPE(インター・プロフェッショナル・エデュケーション; Inter Professional Education)<sup>12</sup>などの動向も踏まえながら、他職種との連携・協働を意識した学習方法についても検討していくことが望ましい。

## エ 演習・実習及び教員等の在り方の見直し

学習者の自己同一性(アイデンティティ)に多大な影響を与えるのが「参加としての学習」であるといわれ、「実習指導」がこれにあたることから、実習指導及び実習の意義がソーシャルワーカーとしての自己同一性(アイデンティティ)や主体性の確立に不可欠であり、時間の確保とともに、その質を高めていくことが重要である。

そのためには、実習時間を増やすことよりも、実習指導において、

- ① 計画を丁寧に立てること、
  - ② 実習後の振り返りを丁寧に行う(現場での体験や振り返りを受け継ぎ、理解や考察を深める)こと、
  - ③ (1人の学生が経験する事例は限られるため)他の事例を共有するような方法を充実させること、
- などを学ぶことが有効・重要である。

そのほか、実習前に、講義を中心とした科目の習得や到達状況等を評価するような仕組みを検討することも重要である。

これら演習・実習等の在り方については、社保審福祉部会専門委員会

---

<sup>12</sup> 「IPE(インター・プロフェッショナル・エデュケーション; Inter Professional Education)」とは、複数の専門職間教育連携のこと。単に複数の専門職が同じ場所で同時に学 Multi-professional-education とは異なり、複数の専門職が連携及びケアやサービスの質の改善を目的に、共に働くために共に学び、お互いから学び合いながら他専門職について学ぶこと。(※注釈13を更に参考のこと。)

報告書においても、「講義-演習-実習」の学習の循環を作り、確実にソーシャルワーク専門職に必要な実践能力を習得できるよう、実習及び演習に関する内容の充実、実習施設の範囲の拡大や実習方法の見直しを行う必要があること、働きながら資格取得を目指す者や他の国家資格を同時並行して取得を目指す者へ配慮することなど、一般養成施設等の養成過程の総時間数である1200時間の範囲内で実習を充実させる配慮も必要であることされている。

また、障害者総合福祉推進事業の調査によれば、実習の時間数、医療機関での実習を必須とすること、実習場所を2ヶ所以上とすることなどの現行の仕組みは、現状維持が望ましいという結果であった。

このようなことを踏まえて、原則として現行の仕組みを維持しつつ、より質の高い演習・実習等となるよう、適切かつ柔軟な仕組みの在り方を検討することが望ましい。

なお、精神保健福祉士の専門性は動きを「見ている」だけでは理解しにくいいため、現場を見て聞いて体験する以上にその要は「振り返り」にあり、「見て・聞いて・行ったことの意味付けをすること」や「行為の意図を考えること」が重要になるため、実習指導の科目を担う教員の要件などについては、その指導の質を担保する観点からも、見直しを検討する必要がある。また、学生と実習指導者との振り返り以上に、教員が現場と連動して事前事後の学習を丁寧に行うことが特に重要である。また、これに当たっては、実習の評価方法についても見直しの必要性を検討する必要がある。特に、実習における評価表が養成施設によって大きく異なることから、評価に関する記録や内容の標準化などを検討することも重要である。

演習・実習を担当する教員は、精神保健福祉士として相談援助経験5年以上で講習会を受講した者として、教員が精神保健福祉に係る学会や研修会に参加することや対応困難な症例などについて意見交換を行うことなど、教員が自己研鑽に努めるような仕組みを検討する必要がある。

また、教員が必ずしも現場経験が多いとは限らない現状や、学生について十分に理解していない教員が実習巡回を行っている現状があるなどといった意見もあり、実習における学生の指導に当たって教員と実習指導者との有機的な連携が確立しにくいことから、実習における指導状況についても現状を把握した上で対策を検討する必要がある。

### (3) 人材育成や資質向上に関する対応

#### ア 基礎教育と卒後教育の在り方の明確化と多職種との連携・協働に向けた卒後教育

対象や課題が拡大し多様化・複雑化していることを踏まえつつも、対象者別の支援や制度等の理解への幅を単に広げるのではなく、養成課程においては詳細・専門的な内容よりも共通・一般的な内容やカリキュラムの構造に配慮することが重要であり、ソーシャルワーカーの基盤となる内容と精神保健福祉士の専門性となる内容との両軸で基礎教育を行う必要がある。

一方、多職種との連携・協働については場面や状況等によって大きく異なるため、全てを養成課程において教育することは困難な面があり、卒後教育で教育すべき内容として整理することも考えられる。

そのほか、精神保健福祉士の活動する分野を踏まえ、司法や教育の分野等との連携についても学ぶ必要があるが、就労先に応じた業務に関する具体的内容については卒後教育において研修・研鑽することが重要である。

こういった、多職種との連携・協働に向けた教育については、IPE<sup>13</sup>による基礎教育のみでなく、保健・医療・福祉の複数の領域の専門職それぞれの技術と役割を基に共通の目標を目指す連携・協働、つまりIPW（インター・プロフェッショナル・ワーク；Inter Professional Work）<sup>13</sup>を意識した教育として、今後は卒後教育での人材育成においても考慮していく必要があると考えられる。

#### イ 資質向上の在り方の見直し（継続教育）

資格取得の段階は必要最小限の知識の習得レベルであり、その後の継続教育や生涯学習が不可欠であることは言うまでもない。しかし、職能団体等の生涯学習制度や各種研修はあくまでも任意であって、研修等に参加しない者も存在する。よって、卒後教育や継続教育といった仕組みづくりについても、より効果的な対策を検討する必要がある。

就労先の規模や分野によって配置人数が1人または少数のこともあり、多くは同職種に囲まれて仕事をしておらず、最少人数の配置が顕著であることなどを踏まえると、就労先での教育・研修の機会の確保が困

---

<sup>13</sup> 「IPW（インター・プロフェッショナル・ワーク；Inter Professional Work）」とは、「専門職間の高いレベルの協働関係」のことであり、単に同時に複数の専門職がいるというMulti-disciplinaryとは異なり、保健医療福祉等のサービスを提供するシステムの中で効果的で効率的に優れ、質の高いサービスを実践していくためのアプローチの1つである。

難な状況にあり、自己研鑽が困難である場合も考えられるため、個人、事業所、法人、地域あるいは職能団体等のどこに就職しても卒後に継続して学べる環境や仕組みが重要であり、職能団体等による継続教育や研修、スーパービジョンによって、専門職としての資質の担保や向上を図ることが望ましい。

そのほか、卒後教育や継続教育に当っては、新人、中堅、指導者、管理者等の各段階で求められる役割を整理しながら、教育や研修の内容を計画化・構造化していくことも重要である。

また、他職種と連携する場面は保健・医療・福祉にとどまらず、司法、教育、産業等の分野に拡大しており、円滑な連携を進めていくには、各分野を体系的に整理して理解し、各歴史や文化及びその業務に関する知識が必要であるが、この点については特に養成課程で教育することは困難であり、継続的な学びについて不断の検討が必要である。特に、変化の著しい法制度等に関する知識は養成課程で詳細に学ぶ必要はないと考えられるが、現場では法制度等に基づく諸手続が適切にできるかが極めて重要であり、職場や職能団体等による卒後教育の体制を整えていくことが重要である。

なお、これらの資質向上（継続教育）の在り方の見直しについては、その標準化など具体的な実現方法について、引き続き議論していく必要がある。

## 5. 今後の検討について

本検討会は、精神保健福祉士制度創設後の精神保健医療福祉分野を取り巻く環境の変化、及び前回のカリキュラムの見直し以降の変化を踏まえ、精神保健福祉士に求められる役割や養成の在り方等を明らかにするため、議論を行ってきた。

今後、本中間報告を踏まえ、より優れた人材の養成・育成や、家族、集団・組織、地域及び社会に対する支援の一層の充実に向けて、求められる精神保健福祉士を育成していくために必要となる「精神保健福祉士の養成の在り方」や「実習・演習及び教員等の在り方」として具体的な教育内容等の見直しについて議論していく。それにあたっては、精神保健福祉士と社会福祉士の両方の資格を志す学生が習得・資格取得できるよう、共通科目や読替科目の設定について配慮することが重要であり、社会福祉士の検討状況をも踏まえながら、それぞれの専門性について明確にするとともに、相互に調整することが望ましい。

また、「基礎教育と卒後教育の役割及び継続教育の在り方」などについても、ワーキンググループでの検討及び作業も踏まえて、引き続き議論していく予定である。

以上

## 【参 考】

### ＜精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会 構成員名簿＞

- 伊東 秀幸 一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟副会長（\*）  
岩上 洋一 特定非営利活動法人じりつ代表理事  
岩本 操 武蔵野大学人間科学部人間科学科教授（\*）  
岡崎 直人 一般社団法人日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会会長  
岡本 呉賦 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事  
鹿島 晴雄 国際医療福祉大学医療福祉学研究科教授  
柏木 一恵 公益社団法人日本精神保健福祉士協会会長  
萱間 真美 聖路加国際大学大学院看護学研究科（精神看護学）教授  
田村 綾子 聖学院大学心理福祉学部心理福祉学科教授（\*）  
塚本 哲司 埼玉県立精神保健福祉センター精神保健福祉部企画広報担当主幹  
中島 康晴 公益社団法人日本社会福祉士会副会長  
◎樋口 輝彦 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター名誉理事長  
和気 康太 明治学院大学社会学部教授

### ＜精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会ワーキンググループ 構成員名簿＞

- 伊東 秀幸 一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟副会長（\*）  
岩本 操 武蔵野大学人間科学部人間科学科教授（\*）  
勝又 陽太郎 新潟県立大学人間生活学部子ども学科准教授  
吉川 隆博 一般社団法人日本精神科看護協会副会長  
木下 康仁 聖路加国際大学（看護社会学）特任教授  
倉知 延章 九州産業大学人間科学部臨床心理学科教授  
柑本 美和 東海大学法学部教授  
後藤 時子 公益社団法人日本精神科病院協会理事  
栄 セツコ 桃山学院大学社会学部社会福祉学科教授  
◎田村 綾子 聖学院大学心理福祉学部心理福祉学科教授（\*）  
中川 敦夫 慶応義塾大学病院臨床推進センター特任講師  
山本 由紀 上智社会福祉専門学校教員

※◎は各座長、\*は検討会とワーキンググループを兼務している構成員である。

※なお、構成員の記載は五十音順であり、役職等は平成31年3月29日現在である。

※必要に応じ、検討会の構成員に参考人としてワーキンググループへの参集を依頼した。

※また、ワーキンググループには上記構成員以外の以下の有識者等に参集を依頼した。

- 参考人： 志水 幸 北海道医療大学看護福祉学部臨床福祉学科教授  
原田 正樹 日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科教授



<これまでの検討及び作業の過程>※当検討会及びワーキンググループの開催状況

回	開催日	議 事
第1回 検討会	平成30年12月18日	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会の設置について</li> <li>○ 精神保健福祉士の養成の在り方等の検討について</li> </ul>
第1回 ワーキング グループ	平成31年1月18日	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会ワーキンググループの設置について</li> <li>○ 精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討について</li> <li>○ 精神保健福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて</li> <li>○ その他</li> </ul>
第2回 ワーキング グループ	平成31年1月30日	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討について</li> <li>○ 精神保健福祉士の養成課程における教育内容等の見直しについて</li> <li>○ その他</li> </ul>
第3回 ワーキング グループ	平成31年2月14日	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神保健福祉士の養成課程における教育内容等の見直しについて</li> <li>○ その他</li> </ul>
第2回 検討会	平成31年2月25日	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討について</li> <li>○ 精神保健福祉士の養成課程における教育内容等の見直しについて</li> <li>○ その他</li> </ul>
第4回 ワーキング グループ	平成31年3月4日 平成31年3月5日	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神保健福祉士の養成課程における教育内容等の見直しについて</li> <li>○ その他</li> </ul>
第3回 検討会	平成31年3月15日	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精神保健福祉士の養成課程における教育内容等の見直しについて</li> <li>○ 精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会 中間報告書（案）について</li> <li>○ その他</li> </ul>