

第32回社会福祉士・第22回精神保健福祉士 国家試験 受験対策 web 講座

精神保健福祉の理論と相談援助の展開 鈴木 和（京都医健専門学校）

＜学歴＞

2008年3月 北海道医療大学看護福祉学部臨床福祉学科卒業

2013年9月 東京福祉大学大学院社会福祉学研究科社会福祉学専攻通信教育課程 修了
研究テーマ「東日本大震災における精神障害者の入院者の状況—警戒区域から入院した
統合失調症患者に注目して—」
精神保健福祉士・社会福祉士・社会福祉学修士

＜職務経歴＞

2008年4月 医療法人安積保養園附属あさかホスピタル 総合相談支援室配属
主に精神科救急病棟・急性期病棟を担当

2014年4月 医療法人水の木会下関病院 コメディカル部門配属
主に精神科救急病棟・急性期病棟を担当

2015年4月 学校法人滋慶京都学園 京都医健専門学校 社会福祉科・精神保健福祉科
現在に至る

2017年4月～ 京都府精神保健福祉士協会 ソーシャルワーク育成検討委員会

2017年10月～ 日本精神保健福祉士協会 業務調査委員会

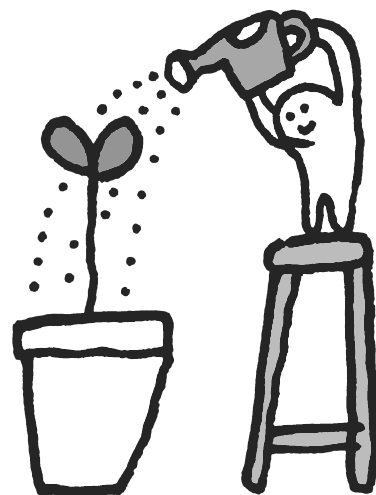
専門学校の専任教員として、授業だけでなく、さまざまな学科の学生支援もおこなっています。
当事者研究やSST、認知行動療法などを駆使して、学生の「〇〇したい」について一緒に
悩んでいます！

＜受講者へのメッセージ＞

もう一度、資格取得を志した気持ちを思い出してみましょう！

4月から、精神保健福祉士として働くイメージを持って、
ともに勉強しましょう！

みなさんが精神保健福祉士として仲間に入っていただくことを
楽しみにしています！

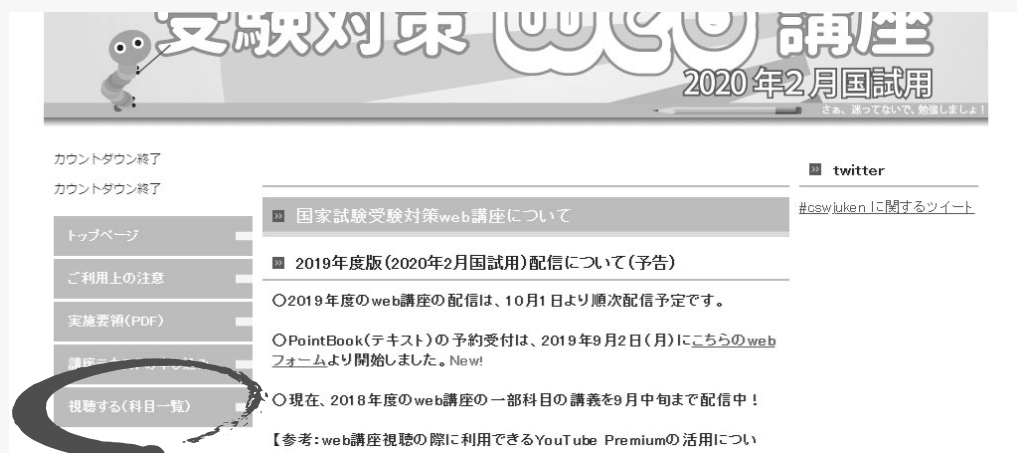


受験対策 web 講座



アクセス用 QR コード

- ① 日本ソーシャルワーク教育学校連盟
ホームページに開設されている『社会福祉士・
精神保健福祉士国家試験受験対策 web 講座
特設サイト』にアクセスしてください。
- ② ホームページの左側にある【視聴する（科目一覧）】各科目名をクリック
すると、該当科目の講座映像が視聴できます。



- ③ このページ下部の『web 講座の利用について』『ご利用の前に』をよく
お読みの上、視聴してください。

受験対策 web 講座の 利用について

本連盟がこの web 講座映像配信で利用している動画配信サイト【YouTube】は、利用規約により、講座映像の商用利用を禁止しています。

この web 講座を、パブリックビューイング形式（独自に会場等を設定して講義映像を放映し、複数の方が視聴すること）で利用する場合、参加費等の費用を視聴者から徴収することはできませんのでご注意ください。さらに、受験対策 Point Book をコピーして配布することは、固く禁じます。

なお、【YouTube】の利用規約に違反し、損害賠償や訴訟等法的措置が講じられた場合は、当該違反者がその責任を負うものとし、本連盟は一切の責任を負いません。

ご利用の前に

- 『受験対策 web 講座』映像や『受験対策 Point Book』は、国家試験直前の受験対策として本連盟が作成しています。『受験 web 講座』映像や『受験対策 Point Book』は、必ずしも国家試験の合格を保障するものではありませんので、各自の判断によりご利用ください。web 講座映像や受験対策 Point Book の視聴・購読によって、視聴した者及びその関係者が不利益を被った場合も、本連盟及び当該科目担当講師は一切責任を負いません。
- 本講座では、個人からの講義内容に関する本連盟及び講師への意見・質問・疑義照会は受け付けておりません。
- 『受験対策 Point Book』は、各講師が国家試験までに最低限押さえておくべきポイントを絞って作成しています。講義内で口頭のみで説明している内容は、各自調べて理解を深めてください。
- 『受験対策 web 講座』映像や『受験対策 Point Book』の内容に万が一訂正があった場合は、特設サイト内の当該講座の視聴ページに訂正・補遺を掲載します。
- 『受験対策 Point Book』の点訳資料及び講義映像内の字幕・手話通訳はご用意できません。
- 乱丁・落丁本はお取り替えますので、現物を着払いでご返送ください。

本科目の国家試験対策について（傾向と対策）

- ・精神保健福祉士として求められる理念や価値，今日に至るまでの歴史的背景が問われる。
- ・精神保健福祉士の視点をもって，入院から退院そして地域生活支援まで，どのような制度やサービスを活用して支援を展開するのかという，現場で求められる知識が問われる。
- ・他の科目と内容が連動・重複する範囲もあり，関連付けた学習が必要となる。
- ・第21回国家試験では，択一・択二問題13問，長文事例問題4題（1題につき3問）で，「適切なもの」「正しいもの」を選ぶもので構成されていた。
- ・事例問題が多いのが本科目の特徴である。文章や選択肢から，本人・家族・支援者などが大切にしていることやニーズを見つけ出す力と，精神疾患の特徴，法律・福祉サービス等の幅広い知識が問われる。

I. 精神保健医療福祉の歴史と動向

- ◎「治安モデル⇒医療モデル⇒福祉・人権モデル」という大枠をイメージしよう。
- ◎「社会の出来事⇒法律整備」という流れを意識して，「年号—法律—内容」のセットで覚えよう。

1. わが国の精神保健医療福祉の歴史

年	関係法・出来事等	内容
1900 (明治33)年	精神病者監護法	・日本における精神病患者に関する最初の法律 ・私宅監置（座敷牢）を認める。
1919 (大正8)年	精神病院法	・道府県に精神病院を設置
1945 (昭和20)年	終戦	⇒日本は戦後復旧に取りかかる。
1950 (昭和25)年	精神衛生法	・私宅監置を廃止 ・都道府県に精神病院，精神衛生相談所の設置義務 ・措置入院制度，同意入院（現：医療保護入院）を規定 ・精神衛生鑑定医（拘束の要否判断等）の設置
1950 (昭和25)年代	薬物療法の幕開け	⇒定型精神病薬（クロルプロマジン）の承認 ※精神病に治療の可能性が出てきた。
1964 (昭和39)年	ライシャワー事件	⇒精神衛生法改正の契機 ※入院治療に関する制度や体制の整備につながる。
1965 (昭和40)年	精神衛生法改正 ※1973年：Y問題 ※1982年：札幌宣言	・保健所の精神衛生相談や訪問指導の強化 ・都道府県に精神衛生センターを設置 ・通院医療費公費負担制度の新設 ・緊急措置入院制度の創設
1984 (昭和59)年	宇都宮病院事件	⇒精神保健法制定の契機
1987 (昭和62)年	精神保健法	・任意入院，応急入院の規定 ・入院時の書面による権利告知義務 ・精神保健指定医制度，精神医療審査会

監置・収容 ※1954(昭和29)年～1973(昭和48)年頃：
高度経済成長

社会復帰

		・退院・処遇改善請求制度の創設 ・精神障害者社会復帰施設が初めて規定された。
1993 (平成5)年	障害者基本法	⇒精神障害が初めて障害者として法的に規定された。
1993 (平成5)年	精神保健法改正	・「保護義務者」から「保護者」へ名称変更 ・地域生活援助事業の法定化
1995 (平成7)年	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（略：精神保健福祉法）	・精神障害者保健福祉手帳制度の創設 ・精神障害者社会適応訓練事業の法定化 ・通院公費負担制度の保険優先化 ・社会復帰施設の4類型が定められた。
1999 (平成11)年	精神保健福祉法の改正	・医療保護入院のための移送制度の創設 ・精神障害者地域生活支援センターの法定化 ・精神障害者居宅生活支援事業の法定化
2002 (平成14)年	新障害者プラン	⇒社会的入院患者（約7万2千人）の解消方策
2004 (平成16)年	精神保健医療福祉の改革ビジョン	⇒入院医療中心から地域生活中心へ ⇒社会的入院患者の10年後の解消を図る
2005 (平成17)年	障害者自立支援法	・身体、知的、精神の3障害を一元化 ・「通院医療費公費負担制度」が「自立支援医療制度」へ ・精神障害者居宅生活支援事業、社会復帰施設が障害福祉サービスへ移行
2013 (平成25)年	精神保健福祉法の改正	・保護者制度の廃止 ・地域援助事業者の紹介・連携 ・医療保護入院の見直し、<u>退院後生活環境相談員</u>の設置 ・精神医療審査会の見直し⇒「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」が委員に規定された。

社会復帰

自立・社会参加

☑退院後生活環境相談員の主な業務

- ①医療保護入院者及びその家族等に対し、退院促進へのかかわりについて説明を行うこと
- ②退院に向けた意欲の喚起や具体的な取組みの工程の相談等を積極的に行うこと
- ③地域援助事業者等の紹介を行うこと
- ④医療保護入院者退院支援委員会に関すること
- ⑤居住の場の確保、退院調整に関すること
- ⑥定期病状報告の退院に向けた取組欄の記載 等

2. 諸外国の精神保健医療福祉の歴史

《アメリカ》

☑1880年代～1910年代：精神障害者の巨大施設建設ラッシュ。

- ・1908年：ビアーズ（Beers, C.W.）が自らの入院体験をまとめた『わが魂にあうまで』を出版。
さらに、1909年には全国精神衛生会議を組織した⇒精神衛生運動
- ・1963年：「ケネディ教書（精神疾患及び知的障害に関する教書）」の発表、及び「地域精神衛生法」の制定

⇒精神病院の解体と、地域精神保健センターの設置が進められた。

- ・1970年代：脱施設化による精神障害をもつ路上生活者や刑務所収監者の増加（回転ドア現象）

⇒「ACT (assertive community treatment：包括的地域生活支援)」が創設された。

- ・1990年：ADA法（障害をもつアメリカ人法）

⇒障害者に対する雇用や公的サービスにおける機会均等を保障する。

《カナダ》

☑カナダで最初の大規模収容施設（アサイラム：州立精神科病院）が1836年に創設された。

- ・1950年代から脱施設化政策が実施され、1980年代には地域ケアシステムの創設に向けた改革が行われた。

《イギリス》

☑18世紀後半から精神障害者施設が増加した。

- ・1948年：国民保健サービス（NHS）の創設

⇒すべての国民に対し予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスを、原則無料で提供する。

- ・1960～70年：ウイング（Wing, J. K.）らの長期入院患者調査⇒施設症（institutionalism）の概念化

- ・1990年：国民保健サービスおよびコミュニティケア法により、ケアマネジメントが導入され、翌年には、ケアプログラムアプローチ（CPA）という精神保健福祉分野独自のケアマネジメントシステムを導入した。

- ・1999年：精神保健のためのナショナル・サービス・フレームワーク（NSF）を発表。同年、保健法が制定され、精神保健医療サービスと社会福祉サービスの統合が法的に定められた。

- ・2004年：ケアラズ法（介護者の均等な機会に関する法律）の制定 ⇒ケアラー自身の人権擁護

《イタリア》

☑1904年：法律第36号の制定により、精神病者で自傷他害もしくは公序良俗に反するおそれがある場合は、公的精神科病院に強制隔離された。

- ・1978年：法律第180号（通称：バザーリア法）の制定により、法第36号は廃止。公立精神科病院の新規入院ならびに精神科病院新設を禁じた。

《その他》

☑フランス：セクター制度⇒精神科病院主体から各セクター中心へ。早期介入、環境の維持、再発防止。

☑韓国：1995年の精神保健法や地域保健法により、精神障害者のケアシステムの整備がおこなわれた。

☑ニュージーランド：1990年にオヘイガン（O’ Hagan, M.）らによる精神科サバイバー・ネットワークが立ち上げられる。1998年には精神保健委員会（MHC）よりサービス開発計画である「ブループリント」が発表された。

Ⅱ. 精神障害者に対する支援の基本的な考え方と必要な知識

◎精神障害者支援の理念や方法について専門用語を理解しておこう。

☑ノーマライゼーション

- ・バンク・ミケルセン（Bank-Mikkelsen, N. E.）

「障害者をノーマルな人にするのを目的にしているのではなく、その障害とともに受容し、障害がありながらも普通の市民と同じ生活ができるような環境づくりをすることである」

- ・ニリエ（Nirje, B.）

「障害者の日常生活の様式や条件を、社会の普通の環境や生活方法に可能な限り近づけるようにすること」

☑エンパワメント ソロモン (Solomon, B.)

「社会的な圧力によって無力な状態に陥っている人々が力を獲得していく、取り戻していくこと」

☑ストレングス (個人・環境どちらも大切) ※ストレングスモデルの6つの原則(ラップとゴスチャ)

- ・個人 (内的) のストレングス: 願望 (目標), 能力, 自信など
- ・環境 (外的) のストレングス: 資源, 社会関係, 機会など

☑レジリエンス

- ・人間が元来もっている「ストレスに耐えうる反発力」や「傷ついた状態から回復していく復元力」のこと

☑リカバリー ⇒アンソニー (Anthony, W.A.) の定義

- ・「疾患や障害を通して、その人の態度, 価値観, 感情, 目的, 技量, 役割が, 建設的に変容していく, 独特の過程である」
- ・リカバリーは, 客観的に定義できる心身の状態を示すのではなく, 個々の人生に対する実感に基づいた 主観的な概念である。

Ⅲ. 精神科リハビリテーションの概念と構成

◎精神科リハビリテーションの意義や基本原則等を整理しておこう。

1. アンソニーによる精神科リハビリテーションの基本原則

- ①最大の焦点は, 精神障害を抱えた人の能力を改善すること
- ②当事者からみた場合の焦点は, 生活する環境における 自らの行動が改善すること
- ③さまざまなテクニックを駆使するという意味で 臨機応変であること
- ④当事者の 職業上の予後を改善すること
- ⑤構成要素として「当事者の希望」は不可欠
- ⑥熟慮したうえでの ケア提供者への依存は, 自立につながる
- ⑦当事者の参加 (当事者と支援者との協働作業)
- ⑧当事者の技能開発と環境的支援開発 (フォーマル・インフォーマルな社会資源の開発・利用)
- ⑨ 薬物療法の必要性 (必要条件であるが, 十分条件になることはまれ)

2. 精神科リハビリテーションのプロセス

- ①アセスメント (事前評価) ⇒ ②計画 ⇒ ③計画の実施 ⇒ ④モニタリング (経過観察) ⇒ ⑤エバリュエーション (事後評価) ※一連の流れの理解, 時間軸を意識 (精神疾患の経過変化)

※アンソニーは, 「精神科治療と精神科リハビリテーションのプロセスは 相前後して, ないしは同時進行で進められるのが理想」とした。

3. 医療機関における精神科リハビリテーションの方法と精神保健福祉士の役割

☑社会生活技能訓練 (SST: Social Skills Training) とは, 社会生活における, 主に対人接触にかかわる状況において, 段階を経て学んでいく 認知行動療法である。入院生活技能訓練法として診療報酬として算定ができる。

- ・SST では, 行動療法で用いられるモデリングや促し行動 (プロンプティング), 行動形成 (シェイピング) などが取り入れられる。

- ・ SST のロールプレイを用いた方法は、①場面を作り相手役を選ぶ、②いつもの方法で実践（ドライラン）、③良かった点を伝える（正のフィードバック）、④より良くする点を提示する、⑤モデル行動を示す（モデリング）、⑥もう一度練習する、⑦実生活で実行する課題を計画する（宿題）という手順でおこなう。

IV. 代表的な実践モデル

◎精神保健福祉士として、「医学（治療）モデル」と「生活モデル」の違いを理解しよう。

◎過去問や模擬問題を活用して、各実践モデルとアプローチを理解しよう。

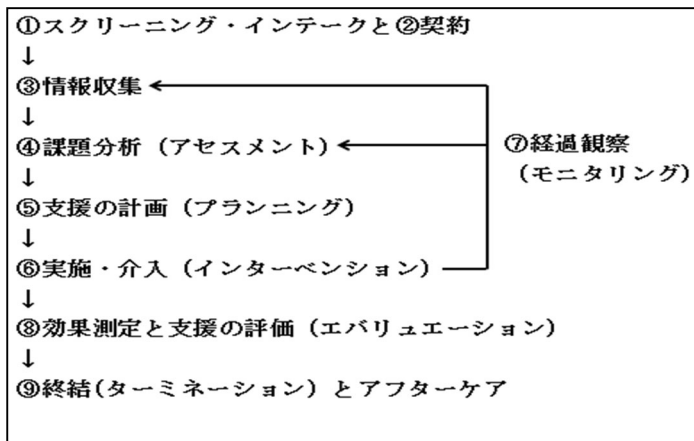
実践モデル	キーワード	特徴
医学モデル (治療モデル)	リッチモンド・ 社会診断・精神分析	クライアントの抱える問題や課題，病気や障害に焦点を当て，客観的証拠をもって特定し，その因果関係を明確にする。
生活モデル	ジャーメイン・生態学	人と環境の相互作用に焦点をあてる。
ストレングスモデル	サリービー	クライアントの持つ強さ，長所に焦点をあてる。

《主なアプローチ》

アプローチ	提唱者	特徴
心理社会的	ホリス ハミルトン	ホリスは「 <u>状況の中の人</u> 」という視点をもとに，利用者の社会的側面の援助を含めて心理社会的アプローチを体系化した。コミュニケーションを通じて，パーソナリティの変容を実現するとともに，状況（社会・環境）側の機能を高めることで課題を解決することを目指す。
課題中心	エプスタイン ライド	パールマンの問題解決モデルの流れを汲み，解決すべき問題を確定し，そのための課題を設定し，期間を限定して進める <u>短期処遇法</u> 。
行動変容	トマス	<u>学習理論</u> を取り入れ，行動を良い方向に変容し問題解決を目指す。クライアントの深い洞察は必要とせず， <u>観察可能な行動に着目する</u> 。
危機介入	ラポポート カプラン	危機的状況に <u>早期介入</u> し，混乱状態にあるクライアントのニーズの充足や懸念の解決に取り組む。
ナラティブ	ホワイ ト エプ スト ン	社会構築主義（ポストモダニズム）の視点を，心理療法やソーシャルワークに応用したものである。過去の問題を掘り起こすのではなく，当事者自身が語る物語（ナラティブ）そのものに意味を見出す。 <u>ドミナントストーリー（支配的なストーリー）とオルタナティブストーリー（気づきから得たストーリー）がある。</u>
グループダイナ ミクス理論	レヴィン	個人の行動変容について，グループ内に発生する心理的力動性を把握し活用することの効果を実証した。

V. 相談援助の過程及び対象者との援助関係

◎基本的な相談援助の過程や関係，マッピング技法を理解しよう。



《各過程の特徴》

- ①スクリーニングでは，相談者や家族の主訴をもとに，支援の緊急性や継続性等の状況から，所属する機関で相談援助をおこなうことが的確か否かを判断する段階である。
- ①インテークは，受理面接ともいわれ，クライアントと出会う最初の段階であり，クライアントの不安や緊張を緩和しながら話を聞き，信頼関係を築くよう努めるとともに，ニーズや来所理由・経路等を明確化していく段階である。支援者が精神障害者の生活領域へ出向いてインテークを行う場合もある。
- ②契約は，エンゲージメントともいわれ，精神保健福祉士とクライアントが対等な関係として契約する。契約の方法には，フォーマルなものとインフォーマルなもの，書面・口頭などがある。
- ③情報収集では，クライアントとその状況を理解し，次段階の支援計画や介入を検討するための情報を得る。秘密保持の原則を守り，多職種で共有する場合は，クライアントの同意を得る。
- ④課題分析（アセスメント）では，解決する必要のある問題に焦点付けをおこなうために，現在のクライアントやクライアントの抱える問題の把握と理解をおこなう。エコマップ（クライアント・家族・資源との相互関連状況図），ジェノグラム（家族関係図），ファミリーマップ（家族内の相互関連図），ソシオグラム（集団における人間関係図），タイムライン（ライフサイクルを視覚的に把握する）などをツールとして活用する。
- ⑤支援計画（プランニング）では，長期目標と，中期・短期目標等に分けて，細かく設定する場合もある。クライアントの同意のうえで，実現可能な目標を立案する。
- ⑥実施・介入（インターベンション）では，クライアントの問題解決を図るために，支援計画に沿って，支援者がクライアントや環境に働きかける。
- ⑦経過観察（モニタリング）では，インターベンションの効果について確認し，必要があれば，プランニングをしない。
- ⑧効果測定と支援の評価（エバリュエーション）
まず，個別支援の評価には以下のものがある。
 - A：クライアントがニーズの充足度や主観的な満足度及びリカバリー到達度を測るもの
 - B：支援者や支援機関が支援内容によるクライアントのニーズの充足への効果を測るもの
 - C：直接支援計画にかかわっていない第三者が客観的に評価するもの

また、地域支援に対しては、以下の観点から評価を行う。

A：プロセス・ゴール（計画実施の過程そのものの評価）

B：リレーションシップ・ゴール（計画実施を通して生まれた関係性の変化の評価）

C：タスク・ゴール（計画に設定された目標値の達成度の評価） など

- ⑨終結（ターミネーション）とアフターケアでは、当初の目的が達成され、クライアントの生活が安定することで問題が解決されたことになり、クライアントと合意のうえで終結される。その後も適度な見守りを続け、必要であれば、再度かかわる用意をしておく。

VI. 相談援助活動のための面接技法と集団援助

◎事例問題に絡めて出題される傾向がある。基本的な面接技術等を押さえておこう。

◎精神保健福祉士の面接における姿勢や、個別援助・集団援助の特性を理解しておこう。

◎自己決定を基本として、バイスティックの7原則を意識したかわりが求められる。

《面接における感情とキーワード》

- ・**ラポール**とは、支援者とクライアントが協働作業をおこなうための基盤となる信頼関係をいう。
- ・**転移**とは、支援場面においてクライアントが支援者に向けて、個人的な感情や態度をもつこと。
⇒陽性転移（ポジティブな感情）と陰性転移（ネガティブな感情）がある。
- ・**逆転移**とは、支援者がクライアントに対してもつ個人的な感情や、それに基づく反応のこと。
⇒感情転移の問題を支援者が受け止めきれない場合は、適切な対応のためにスーパービジョンが必要。
- ・**傾聴**とは、クライアントによって言語化される内容の理解のみならず、その背景にある感情も受け止め、共感し理解することである。
- ・**支持・励まし**とは、クライアントの発言内容を尊重し承認すること。⇒言語・非言語による伝達がある。
- ・**反復**とは、クライアントの話す内容を批判や評価することなく、要約してクライアントに返す面接技法のことである。
- ・**感情の反映**とは、クライアントの感情を受容し、その感情を支援者が適切に言語化し、クライアントに返す面接技法のことをいう。
- ・**沈黙の効用**とは、クライアントが自分の考えを整理して自己洞察しているとき、あるいは話す内容を吟味しているとき、支援者の反応をうかがっているときなどの沈黙を、支援者が保証することである。
- ・**感情の明確化**とは、クライアントに話す内容について、あいまいな感情や錯綜する考えを支援者が適切に言語化し、クライアントに返す面接技法のことである。
- ・**リフレーミング**とは、ある状況や考えなどを「角度を変えた視点」でとらえ、支援者が新しい意味づけを与えてクライアントに伝える面接技法。
- ・**直面化**とは、クライアントの言語と感情、言語と態度の不一致や矛盾などから、クライアントの内面にある葛藤状況と直面させることで、問題の明確化を図る面接技法のことである。
- ・**開かれた質問**とは、クライアントの自由な言語化が保証される質問をいい、それに対して**閉じられた質問**とは、「はい」か「いいえ」でしか答えにくい質問のことをいう。⇒状況によって使い分ける。

Ⅶ. スーパービジョンとコンサルテーション

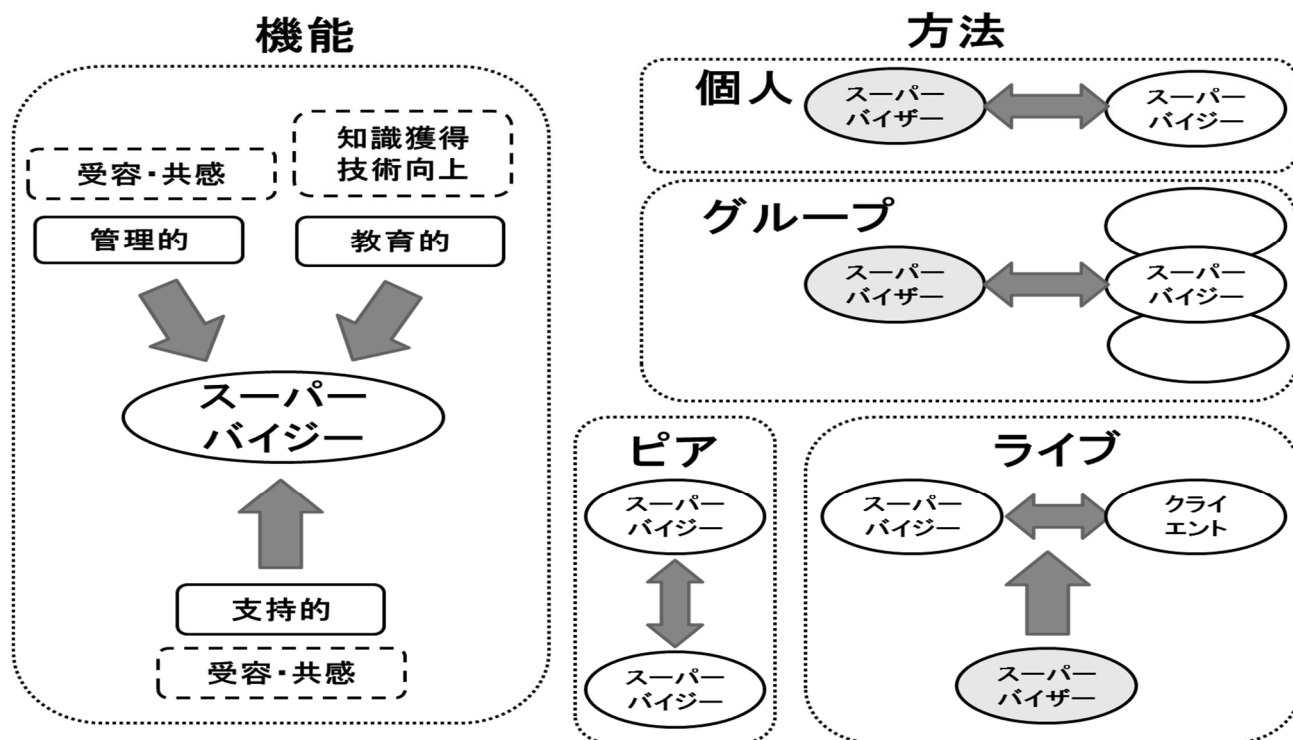
◎スーパービジョンの機能と形態，コンサルテーションとの違いを理解しよう。

《 4つの機能 》

管理的機能	機関のなかで求められる役割について，職務上の管理的な視点で行われる機能
教育的機能	スーパーバイザーの技術の向上や知識の獲得などを目的として行われる機能
支持的機能	スーパーバイザーが，スーパーバイザーの支援内容を受容と共感をもって評価する機能
評価的機能	スーパーバイザーの成長を効果的に促すために，支援内容や施設，機関などの支援の環境条件を点検・評価する機能

《 4つの形態 》

個人スーパー ビジョン	スーパーバイザーとスーパーバイザーが1対1で行う。スーパーバイザーのニーズが直接反映されやすく，丁寧なやりとりが可能になるが，一方的になる可能性もある。
グループスーパー ビジョン	スーパーバイザー1名と複数のスーパーバイザーで行われる。相互作用のもとで行われるため効果は高いものの，自己覚知には不向きといわれている。
ピアスーパー ビジョン	スーパーバイザー同士で行うスーパービジョンであり，自立性を高める。
ライブスーパー ビジョン	スーパーバイザーが行うクライアントへの実際の支援場面において，スーパーバイザーが，適宜スーパービジョンを行うこと。



・コンサルテーションとは，専門職固有の視点からとらえた情報や知識を，他の専門職や非専門職，地域の社会資源などに対して提供することである。

⇒提供する側をコンサルタントといい，受ける側をコンサルティという。

Ⅷ. 地域を基盤にした相談援助の主体と対象・地域におけるリハビリテーション

◎地域の相談支援体制についても教科書等を中心に学ぼう。

《セルフヘルプグループ（SHG）》

- ・同じような課題を抱える仲間のグループ活動のことをいう。
- ・特徴は、主に「対等性」「対面性」「相互作用を重視」「自発的・自主的参加と協働」がある。
- ・ヘルパー・セラピー原則（援助をする側が最も援助を受ける）：ガートナーとリースマン
- ・専門職と SHG は対等であることが基本であり、非専門性（市民性）も大切にする。
- ・プロシューマーとは、「支援の受け手であると同時に、支援の送り手であり、かつサービス及び支援を提供することで金銭的対価として報酬給与を得ている者」をいう。

《セルフヘルプグループの種類と対象》

名称	種類	対象
AA・断酒会	アルコール	本人
アラノン（Al-Anon）		家族・友人
アラティーン		依存症者の子どもたち
GA	ギャンブル	本人
ギャマノン（GAM-ANON）		家族・友人
NA	薬物	本人
ナラノン（Nar-Anon）		家族
OA	過食・過食嘔吐・拒食・下剤乱用	本人
NABA	摂食障害	本人・家族

Ⅸ. 精神障害者のケアマネジメント

◎ケアマネジメントの各モデルと特徴、それぞれの構成要素を理解しよう。

《ケアマネジメントのモデルと特徴》

ACT (包括型地域生活支援)	対象：重度の精神障害のある人（基本的に18歳～65歳まで） 特徴：多職種での支援，24時間365日体制，アウトリーチサービス チームスタッフ1人当たりの対象者数は10～12人程度
ストレングスモデル	利用者が本来持っている能力や環境の潜在的能力にも着目し，それを引き出して利用したり，セルフケア能力を高めることに重点を置く。
仲介（ブローカー）型 モデル	イギリスで伝統的に発展したケアマネジメントシステムであり，日本の介護保険制度で主に実践されている地域資源への斡旋・仲介を主とするサービス形態。
臨床型モデル	ケアマネージャーと利用者の治療関係を重視したモデルであり，心理的アプローチを中心としたサービスを提供する。医学モデル的色彩が強いといわれる。
リハビリテーション型 モデル	利用者の能力障害に焦点付けを行い，利用者が設定する目標の実現を目指す。同時に，地域資源の開拓や変革といった環境面の改善も行う。
集中（ICM）型 モデル	ACTと仲介型の中間的機能を持つ。ACTと同様にアウトリーチサービスを提供するが，多職種チームではなく担当ケアマネージャーの個別支援を基本とする。

《ケアマネジメントの構成要素》

- ・対象者は、複数のサービスを継続的かつ総合的に提供する必要がある人
- ・ケアマネジメントにおける社会資源は大きく3つに分類される。
 - ①フォーマルなサービス：公的なサービス（制度、施設など）
 - ②インフォーマルなサービス：個別性のある特有のサービス供給体（家族・友人・ボランティアなど）
 - ③内的資源：クライアントの持つセルフケア能力や問題解決能力など（ストレングス）
- ・ケアマネジメントにおけるリンケージ（連結・接合）とは、クライアントのニーズを満たす社会資源と利用者とを確実に結び付けることをいう。

X. 地域を基盤にした支援とネットワーク

◎地域を基盤にした支援の意義、具体的方法を理解しよう。

- ・コミュニティワークの原則として、①当事者を含めた地域住民の主体的参加、②地域の個別化、③全体性の重視、④協働する過程の重視、⑤住民の人権の保護、が挙げられる。
- ・コミュニティワークでは、利用者への支援のみならず、利用者を取り巻くフォーマル・インフォーマルな資源の有機的な連携を支援し、サポートシステム自体への支援も視野に入れる必要がある。
さらには、社会資源開発に向けてのソーシャルアクションも重要である。 ⇒対等性が重要
- ・精神保健福祉士は、精神障害者を支援するサポート集団の一員として、ボランティア育成の役割も担う。
- ・ボランティアの性質として、自主性・主体性・社会性・連帯性・無償性・無給性が挙げられ、近年は、創造性・開拓性も加えられている。また、ボランティアにも守秘義務などのサービス提供者としての責任が求められる。

☑その他、チェックしておくポイント

- ・診療報酬上の代表的な精神科リハビリテーションプログラムを確認しておく。
⇒認知／認知行動療法、入院／通院集団精神療法、精神科作業療法、精神科退院指導料、精神科退院前訪問指導料、精神科訪問看護・指導料、精神科訪問看護指示料 ※算定の対象、回数、加算など
- ・医療機関や保健所で行われるデイ・ケア等には下記のような分類がある。
精神科ショート・ケア（3時間）、精神科デイ・ケア（6時間）、精神科ナイト・ケア（4時間：16時以降）
精神科デイ・ナイト・ケア（10時間）
⇒入院中の患者で退院を予定している者に対して行った場合には、入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。※入院中の患者も利用できる。

☑対策：他の専門科目と関連付けて学習することが高得点につながる。

- ・「精神保健福祉相談援助の基盤」ではソーシャルワークの体系や実践モデルについて、「精神障害者の生活支援システム」では生活や就労支援に関わる機関と専門職について、「精神疾患とその治療」では主な精神疾患の症状や特徴についてなど。
- ・事例問題をとおして、現場で求められる精神保健福祉士としての着眼点や、社会資源の選択などは過去問や模擬問題などを活用して学習ができる。解答解説を読むだけでなく、「なぜそれが正解／誤りなのか」という疑問を持ちながら、テキストや参考書を調べることで、その根拠等を学ぶことが重要である。