

精神医療と福祉の連携に関する一試案 ——精神保健医療施設での学生現場実習結果より——

A Tentative Plan for Relationships between Psychiatric Care and Welfare Services

——As a Result of Student Practice at Mental Hospitals——

小片 富美子¹⁾・宮崎 まさ江²⁾・藤原 正子³⁾
Fumiko Ogata, Masae Miyazaki and Masako Fujiwara

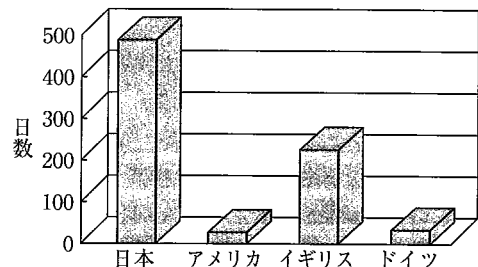
はじめに

精神保健福祉士法（1997年12月）が成立し、精神保健福祉士という国家資格化された専門職が誕生した。しかし、この国家資格化制度がなかったこれ迄の時代にも国内に約2,400人の精神科ソーシャルワーカーが、精神医療の現場、あるいは各種の精神障害者社会復帰施設において、その重要な役割を果たしてきている。

では何故国家資格化が必要かという理由について精神保健福祉士法¹⁾を解説する。先ず、①精神障害者の社会復帰のために医療的ケア以外の支援を行う人材、医療的ケアと異なる観点から精神障害者の視点に立って支援を行う人材を必要とするため、②国家資格化により、人材として期待される質的確保が可能になるため、③国家資格化により、精神保健福祉士（以下PSWとする）の量的増加が期待できる、などを挙げている。さらに、④国家資格化により、法律上守秘義務が生じ精神障害者やその家族が安心して相談をもちかけられること、⑤精神医療に携わる関係職種間の役割分担が明らかになり、専門家として精神医療と福祉を連携し、総合的視点からその役割を果たすことができること、などを国家資格化の理由としている。

我が国の精神医療の現状を精神障害者の平均在

図表1 諸外国における平均在院日数



日	本	アメリカ	イギリス	ドイツ
	492.1	12.7	216.7	35

（日本1991年厚生省調査、その他1990年OECD調査）

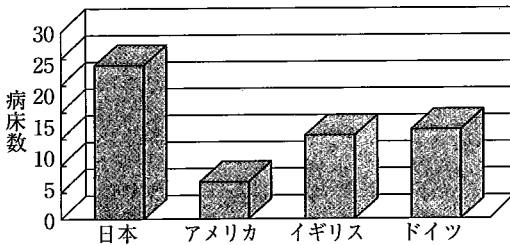
院日数と精神病床数について諸外国のそれらと比較すると次の如くである（図表1）。平均在院日数では日本492日、アメリカ13日、ドイツ35日、イギリス217日で日本の在院日数がきわめて長い。精神病床数は日本29.1床、アメリカ6.4床、イギリス14.9床、ドイツ13床と病床数にも大差がある（図表2）。

この原因の一つに、病状が医療や院内リハビリテーションの結果、「寛解」し、あるいは社会生活が可能であると診断された状態で退院が可能になっても、院外、地域リハビリテーションの場が

1) 教授
2) 講師
3) 助教授

少なすぎたこと、また、その法制度（精神障害者のための障害者福祉法）が不備なことなどにより在院する、いわゆる「社会的入院」状態があることなどが原因であることは周知の事実である。

図表2 諸外国における精神病床数
(人口1万対病床数)



日 本	アメリカ	イギリス	ドイツ
29.1床	6.4床	14.8床	13床

(日本1991年厚生省調査、その他1990年O E C D調査)

その後、厚生省による病床規制があり、個人精神科クリニックの増加、共同作業所の開設（小平市）、各地小規模作業所の増設など精神医療関係者の協力により地域精神保健福祉活動が推進されている。その結果1994年以後、わずかずつだが我が国の精神病床数の減少²⁾が始まっている（表3）。

表3 平均在院日数減少傾向

年 度	在院日数
1992年	486日
1993年	471日
1994年	468日
1995年	455日

今後、国家資格化されたPSWの養成により精神医療と地域リハビリテーション専門分野の円滑な連携が行われ、精神障害者の平均在院日数や、精神病床数が諸外国同様に改善されることは強く期待される。

しかし、一方PSW活動の歴史が浅い我が国の場合²⁾、現状として精神医療の現場と福祉業務の現場には「いずれにおいても両者の連携に問題が多い事実がある³⁾」という見解がある。また「精

神病院が行う地域活動を支援する方向性」の主張や「精神病院と地域精神保健福祉活動、ことに地域リハビリテーション活動のために病院と地域間を埋める制度の裏付けがなければ、精神医療と地域精神保健福祉活動は分断されたままである⁴⁾」と改善策を求める意見もある。

結局、精神医療と地域リハビリテーション活動の連携には現状として様々な課題があることは否定できない。この課題は精神医療と院内リハビリテーションの場においても共通している。チーム医療として「福祉が医療・保健に従属する関係に置かれる時、“真の連携”は成立しない³⁾」とする制度的課題、及び「PSWや各職種間が互いに独立を尊重しつつ共通の目的のために協力することこそ“真の連携”である³⁾」とする関係認識の課題である。

本学では昨年4月初めて、精神保健福祉士課程を開講し、その国家試験受験資格指定科目の一つである精神病院等精神保健医療施設での現場実習が行われた。本文では、その実習状況を整理考察し「PSWの人材として期待される質の確保¹⁾」を現場実習の段階から育成する可能性と、将来の医療と福祉の“真の連携”のための試案を述べたいと思う。

対 象

対象は本学4年生（平成12年3月31日卒業）の13名（女性11名、男性2名）である。指定科目の精神保健福祉援助実習の場は次の2つの方向と期間が指定されている。精神病院等精神保健・医療施設（実習Ⅰ）と法内社会復帰施設等福祉施設（実習Ⅱ）において、合計270時間（約6週間）の実習期間である。その他のこまかな履修要件については、他大学同様、学内独自で方針を立てた。対象の学生は今年度のみ特別措置として実習Ⅰ、Ⅱを同年度内に行い、夏休みを中心に3週間ずつ（135時間）を実習期間とした。実習の流れは原則として実習ⅠからⅡとし（この理由については後述）、実習先の選択は可能な限り県内とするよう指導した。

尚、学生実習に伴う実習先への依頼等の手続き方法は社会福祉実習の方法に準じて行われた。

資料

1) 実習の動機 (表4)

実習オリエンテーションの際、全実習生に実習選択の動機等についてアンケート調査を行った。実習の動機については全員、複数の内容を回答している。大別して2項目に分けられる。“具体的現実的動機”と“学習的抽象的動機”である。前者は資格を取得して卒業後この方向の仕事に就きたいための動機であり、後者は身近な人との交流の影響や、精神障害での社会復帰の遅れの理由を知りたい為等、学習が動機となっている。全員が大別した2つ以上の動機を考えていて単純な資格志向のみを動機とする学生は居ない。社会福祉士の資格を取り損なった学生達も、同時に精神障害者の社会復帰の遅れを知って手伝いをしたい等という動機を挙げている。尚、動機の“相談業務の仕事に就きたい”は医療ソーシャルワーカーMSWとPSWの両方の業務をしたい意向である。

2) 実習テーマ (表5)

この実習が本学初めてであった為、先例の記録等はなく、実習生は参考書と本学手引書により、

自由な発想でテーマを考え、指導上もその意見を尊重することとした。

最も多かったテーマ「疾病・障害の特徴を学び患者を理解する」は副題として他のテーマも選択されていて全員がほぼ2つのテーマを挙げている。尚、実習生全員が見学実習やボランティアで知的障害者更生施設、自閉症児施設、肢体不自由児通園施設、特別養護老人施設等を訪問した経験はあるが、今回の実習先である精神病院等精神保健医療施設への見学実習やボランティア経験者は、1名が保健所の精神障害者デイケアボランティア経験がある以外には居なかった。

3) 実習先の概要 (表6)

実習先は私立精神病院9名、県立精神病院2名、県立医療センター1名、厚生連総合病院精神科1名である。私立精神病院が約82%を占める我が国の状況から、実習先も私立病院に偏っている。病床数200床以上の規模の病院が10名、100床以下の病院で3名が実習している。実習の直接指導者は1病院を除いて、経験のあるPSWが指導者である。

表4 実習の動機 (複数回答)

	動機内容	学生数 (名)	全実習生との割合 (%)
具体的 現実的 動機	資格をとってPSWの仕事に就く為	12	92
	相談業務の仕事に就く為	5	38
学習的 抽象的 動機	社会復帰の遅れを知りたい為	5	38
	身近な人からの影響の為	5	38
	ボランティア又は講義で聞いた事を現場実習で知りたい為	4	31
	社会福祉コースから外れた為	2	15

表5 実習テーマ

疾病・障害の特徴を学び患者を理解する	12名
PSWの役割を知る	7名
援助方法を学ぶ	6名
地域での精神病院の機能を知る	1名

表6 実習先精神保健医療施設の概要

	規 模			全ソーシャルワーカー 一部PSWのみ人数	実習指導者
1	*私立	精神病院	423床	8	PSW
2	県立	精神病院	310	4	PSW
3	私立	精神病院	497	1 (PSWのみ人数)	PSW
4	**県立	総合病院	255	2	PSW
5	県立	医療センター	372	3	PSW
6	私立	精神病院	100	0	医師, 看護婦長
7	私立	精神病院	345	3	PSW
8	**厚生連	総合病院	193	1 (PSWのみ人数)	PSW
9	私立	精神病院	398	2	PSW
10	私立	精神病院	403	4	PSW
11	私立	精神病院	366	4	PSW
12	私立	精神病院	250	5	PSW
13	私立	精神病院	53	1 (PSWのみ人数)	PSW

*：私立病院はほとんどが法人であるが、ここでは国公立との区別の為、私立の種別を用いた。

**：精神科のみの病床数。

表7 実習行動

参 加	11名	デイケア>院内レクリエーション>SST>家族教室>学習会>申し送り (10) (7) (6) (4) (4) (2)
陪 席	9名	患者面接>家族面接>患者入院時面接 (9) (3) (2)
出 席	8名	ケースカンファレンス>院内PSW研修会>院内講義>職種間連絡会議>人権擁護委員会勉強会 (6) (3) (2) (2) (1)
見 学	7名	病棟>共同作業所>福祉ホーム、グループホーム>相談業務>作業療法 (4) (3) (3) (2) (2)
同 行 訪 問	6名	共同住居>訪問看護>当事者 (3) (3) (2)
説明又は オリエンテーション	3名	病棟説明>ケース記録>医療相談室 (2) (2) (1)

() 内数字は実習体験人数、従って1人で複数の実習体験行動を示す。

4) 実習行動 (表7)

実習行動⁵⁾は整理すると6項目に大別され、各項目毎に具体的実習行動の下位分類がある。

「参加」行動が最も多く、下位分類としては、デイケア (例えば喫茶部の手伝い、革細工、陶芸、はりこ等の作成)、院内レクリエーション (例えばゲーム、スポーツ、料理、アクションミーティ

ング等)、SST、家族教室、学習会、申し送りなどの順で参加している。家族教室(例えばアルコール依存症のプログラムでの家族勉強会)や申し送りのミーティング参加は比較的少ない。集団活動への参加が主で、個別的援助活動場面への参加が少ない傾向がある。

「陪席」は実習指導者が患者や家族と面接した際同席した実習で9名、医師診察時に陪席して病状(精神症状や薬物療法など)の説明を受けた実習は2名である。「出席」のケースカンファレンスはPSWと看護師など限られた職種間での少人数ミーティングが多く、退院時連絡会議も同様であった。いわゆる医療チームスタッフ(医師、看護師、作業療法士、臨床心理士、PSW等)による社会資源情報、作業療法、薬物療法、心理療法等、各職種間で治療方針を立て経過を検討し退院目標を決定するケースカンファレンスに出席した実習生は1名である。病院と連携する施設や各病棟の「見学」は約半数が経験し、院内リハビリテーションから地域リハビリテーションに移る過程に、PSWや看護師と同行した実習生も半数である。ケース記録や医療相談に関する実習経験は少ない。

5) 学習内容(表8、表9)

現場実習において実習生が良く理解し学ぶことができたとする内容を項目別に整理すると表6の如くである。即ち「関係作り」が最も多く、病棟内で立話的であったり、非言語的に作業や散歩(いずれもデイケアのプログラム)を一緒にするなどの方法で行われている。「状況把握・理解」では、PSWが看護師から患者の状態などの連絡を受けること、退院時院外他機関に連絡することなど、「連携」の重要性を学んでいる。PSWの役割については約3週間ではほぼ理解しているが、約1/3の学生が沢山の書類書きや医療チームスタッフとしての在り方に疑問を持ち今後の課題としている。また患者や家族の不安や悩みを理解したかどうに関わるか、精神症状をどう受容するかも今後の課題として残されている。

援助技術的対応は相談援助、作業援助、援助計画などで学んでいるが、作業援助は作業療法士の指導により一緒に行い、また相談援助は患者のレクリエーション計画の相談が中心である。援助計画は事例について退院後計画を作成し報告後スーパービジョンを受ける方法で行われている。

「気づき」の項目では、実習前にあった患者へ

表8 学習内容

関係作り	13名	病棟>談話室 (10) (3)
状況把握 ・理解	12名	連携>PSWの役割>患者・家族の不安悩み理解>閉鎖拘束の意味理解>デイケアの意義理解 (10) (9) (9) (2) (2)
		患者病状理解>患者主体人権理解>病識の問題理解>服薬の課題 (2) (2) (1) (1)
気づき	12名	偏見>自分の性格>患者間の差別意識 (10) (9) (1)
相談援助	9名	院内レクリエーション>診察室で>郵便物管理 (5) (4) (1)
作業援助	8名	作業療法>レクリエーション>絵画療法>夕食時 (6) (2) (1) (1)
援助計画	6名	入・退院時>書類申請 (3) (3)
課題	7名	受容の方法>患者の抱えている問題への関わり方>PSWの在り方>自分の客観化 (4) (4) (4) (1)

()内数字は学習経験人数で1人で複数の学習経験を示す。

表9-1 保護室の必要性

必要性有り	8名
わからない	4名
必要性無し	1名

表9-2

必要理由	回答人数
興奮時	2名
他の患者の為	2名
病状全体が落ち着く為	2名
被害感の強い時	1名
病院スタッフとして安心	1名

の先入観が「優しい人達」「あたたかさに触れた」に変化し、自己の偏見に気付いたこと、指導者から指摘されて自分探しをし、性格的な面で気付いたことなどが下位項目の内容である。

尚「状況把握・理解」の下位項目中の拘束閉鎖

性、患者主体人権、などについて「保護室の必要性の有無」で確認した結果(表9-1)、現実習段階では“必要”とする回答8名、“わからない”4名で、この4名は保護室の説明や見学などを経験しなかったためと回答している。必要理由は表9-2の如くである。尚、1名は拘束的だから必要ないと回答している。

6) 評価(表10)

実習先指導者からの学生評価は総合的には高得点者が7割(9名)である。しかし、評価表の下位項目別では「スーパーバイズを理解し、その後の実践に活かすこと」「他の職員等との良好な人間関係の形成」「個人ケースまたは集団に対し適切な援助」「実習記録の書き方と内容の適切性」「自分自身の性格・行動傾向の洞察と自覚」などで、「やや劣る」あるいは「普通」と批評された学生が約半数ある。総合得点には表明されない留意点である。

表10 実習指導評価

大項目	評価点*			
	5	4	3	2
実習姿勢及び態度	10名	2名	1名	—
精神保健福祉士実践の能力	7名	4名	1名	1名
実習総合評価	9名	2名	2名	—

*: 1-劣る、2-やや劣る、3-普通、4-良、5-優

7) 実習の流れ

今回の実習の流れは先ず精神保健医療施設(実習Ⅰ)で行い、精神障害者社会復帰施設(実習Ⅱ)を後にするよう指導した。しかし実際には4年次という時間的制約もあって実習ⅡからⅠを実習した学生もあった。この点について学習上の効果は実習ⅠからⅡの流れと認識した学生は12名、反対のもの1名であった。

前者の理由として、①病状や障害の理解ができる、②入院から退院迄の経過を理解し、社会復帰に至る流れを知ることができる、③急性期・慢性

期の状態が分かる、④病院内のPSWの役割と社会復帰施設の役割の差異が分かる、⑤医療を中心に地域関連施設の配置が分かる、⑥援助技術が難しい段階から体験できる、などであった。反対の流れが良いとした理由は、PSW業務が医師や看護業務にのみこまれている様子があって実習が楽しくなかったことを挙げていた。

考察

1. 実習状況の検討

実習状況については、動機、テーマ、実習先概要、実習行動、実習内容、実習の流れの意義など

の項目別に資料の章で述べた。この結果を「精神保健医療施設での各実習段階における指導目標⁶⁾」に沿って検討する。

1) 指導目標第1期:

実習先は全て医療の場として精神病院ないし総合病院精神科で行われた。各病院の概要(表4)歴史、病棟毎の特性や規模、機能、リハビリテーションプログラム、各職場の内容と業務の流れなどは事前訪問と実習開始時オリエンテーションなどにより理解されている。第1期指導目標は一応達成したといえる。

2) 指導目標第2期:

実習で最も多かった行動は、デイケア、レクリエーション、作業療法など院内外リハビリテーションの活動場面、SST、家族教室などグループ活動への参加行動である。その際、患者との関係作りが病棟内で立話的に、あるいはリハビリテーションの場面で非言語的に行われている(表7、表8)。

しかし、実習テーマとして最も多かった「疾病・障害の特徴を学び患者を理解する」こと、また第2期指導目標である「患者の病状および生活のしづらさ、社会的不利を理解するため、各専門職種(医師、看護師、作業療法士、臨床心理士等)による、診断、検査方向、治療計画、治療目標の立て方を学ぶ」実習内容には乏しかったようである。せっかく、陪席などにより個別面接場面に立ち合ったり、作業援助、相談援助、援助計画などで、作業療法士より援助技術指導を受けているが、実習生が患者の生活を断片的にしか把握できない様子がある。これを補うためには、入院時(直後)の患者の医師診察に陪席し、精神医学の診断のための問診、状態の把握、検査の指示等を経験することが必要と考える。また同一患者(医師診察時)でなくとも、矢張り入院時直後の患者について看護師による病棟生活オリエンテーション、日常生活の観察と記録の仕方について説明を受けることも現場実習の一つと考える。同様に入院後、臨床心理士による、心理テスト、集団及び個人的心理療法について可能な限りの経験が必要である。即ち第2期の指導者を「各担当者」としている理由⁶⁾は「患者理解、治療方針や目標の立て方、他部署との“真の連携”の在り方を学

ぶ」指導目標について、各専門職種の指導下で実習生が学ぶ機会があって初めて達成できる目標だからであると考えられる。今回、学習内容(表8、状況把握・理解の項目)で学んだ“連携”はその必要性だけであって、患者の病状を理解し、生活上の機能障害、社会的不利などの実状から治療方針、目標を立て、ケースカンファレンスなどにより各種専門の医療チームメンバーが互いの立場で論議を重ね治療ゴールに向かう⁷⁾、“真の連携”の在り方を認識する段階に達していたと言いはし難い。ただ前述した各種専門職の指導下で入院時(直後)の患者について学ぶ際、実習生が、福祉援助技術の立場から進んで質問、例えば患者の「服薬への不満や不安を症状としてとらえるのか、副作用や生活上の問題としてとらえるのか」、「退院への焦りは症状か、家族上、経済上の問題としてとらえるか」、「疲れ易さ、集中力・注意力の減少、だるさは向精神薬ではあまり改善しないがどう対応するか」などの質問ができる準備は実習教育上の役割として指導されなければならないと考えている。

3) 指導目標第3期:

実習行動上、急性期、慢性期病棟は見学(表5)であり、ケース記録については一応オリエンテーション的説明は受けている。しかし第3期指導目標には「急性期慢性期などの各病棟で患者とのコミュニケーションを通して入院患者の治療や生活の在り方を学ぶこと」を目標とし、「ケース記録の読み取り方、個別の援助方法をスタッフやケースカンファレンスなどから学ぶ」とする、いわば事例検討領域の実習指導目標がある。従って実習指導担当者はその患者担当PSW、看護主任と各病棟医であることが望ましい。

今回、実習行動において、ケースカンファレンス、職種間連絡会議等への出席(表7)は少ないが、実習生が、患者の医療、個別援助方法を学ぶためには各担当各専門職の指導を受けることが適切であると考えられる。実際、実習中「患者・家族の不安悩みを理解」(表8)してもどう援助するかがわからないことを実習生達は実習後の課題として残している。この点は実習指導評価下位項目について「評価の項」でも表明した通りである。この患者への個別の援助方法を学ぶ過程は、

学生が自分自身を専門家として洞察する機会でもある。実習内容(表8)での「気づき」は、偏見の解決、自分の性格面の気づきであり、むしろこの段階は事前学習において、教育分析や感受性訓練などの方法で教育機関で指導し修得されるべき内容と考える。

4) 指導目標第4期:

第3期において、病棟における個別的具体的な事例検討領域の実習が行われた後に、第4期は、患者の退院後の社会生活上の課題を理解し、家族や社会との関わり方を支援する方法を学ぶこと、患者(当事者)個人に最も適した社会資源の活用を選択できるよう、他機関との連携を学ぶことが目標である。今回の実習行動では共同作業所、グループホームの見学、実習指導者と一緒に共同同居、訪問看護、当事者との同行訪問などは行われている(表7)。しかし、例えば個別的に医療やリハビリテーションによる生活上の機能障害の回復状況や、陰性症状(無気力、無関心、孤立自閉)を理解し、患者の持てる健全な能力を育てるような生活の場、社会復帰の場をどう選択するかを相談している面接場面に陪席するような実習体験には乏しかったようである。このことは患者の人権と人権擁護の理解を深める実習機会としても充分とはいえない。矢張り退院する患者の医師診察に陪席し、本人と家族への対応の仕方を知ること、同一患者でなくとも、看護者の退院に向けての様々な助言を知ることや、PSWへの引継ぎミーティングの内容を学ぶ機会が必要である。前述したように、この機会にも実習生が進んで質問できるように事前指導することは実習教育の役割であると考えられる。

II. これからの精神医療と福祉

1990年以後精神医学・医療に大きな変革が起こっている⁸⁾。その理由として、①これまでの精神疾患の病態、例えば分裂病の病態に変化があること、②新しい精神疾患、例えば摂食障害、境界型人格障害、性同一性障害などの出現があること、③精神医学・医療は身体医学・医療以上に社会の変化により大きな影響を受ける、ことなどである。

分裂病の病態の変化や新しい精神疾患の診断や

治療方針には、臨床場面でこれまで以上に個性のある対応が必要となっている。精神医学や医療の基礎的知識を講義演習ゼミなどで学んでも、臨床場面で、時間をかけて行う専門化された「言葉の処方⁹⁾」場面を経験しなければ、これらの新しい病態や疾患の状態を学び患者を理解することはできにくい。この精神医療の現場と「日本の精神障害の地域リハビリテーションの停滞の最大の原因は精神科医が精神科の地域リハビリテーションにあまりに関心、無知であるからである—デービット・H・クラーク³⁾—」とする現状を繋ぐためには「それぞれの専門職が相互の専門性と独立性を尊重しつつ共通の目的に向かって協力する³⁾」「真の連携」の関係認識を育てることが第一歩であると考えられる。

現実には、例えば共同作業所を利用しているメンバーの75%が分裂病の主として陰性症状に悩み、25%がてんかん、アルコール依存症の障害であるという報告³⁾がある。PSWには、服薬管理やその副作用の知識が必要であり、症状が再燃した場合、それと気づき精神科外来を受診する迄の間、短時間にしろ、メンバーと共に過ごし、精神科医や訪問看護者に状況を説明する責務がある。

一方、地域差はあるが、現在精神医療の質を高める作業³¹⁰⁾、デイホスピタル、ナイトホスピタルの充実、24時間体制の精神科救急医療の提供が行われる準備などは進められている。また、「社会精神科医」養成のプログラムとして精神科医の援護寮当直も行われようとしている。精神医療も次第に地域リハビリテーション領域を理解し協力できるよう体制を整える時代を迎えている。

おわりに

現在の我が国における精神医療の現場と福祉業務の現場における両者の連携上に課題がある点を文献的に考察した。

本文では特に、精神医療と院内リハビリテーション、即ちチーム医療におけるPSWの専門性及び主体的役割と他の各専門職種間との「真の連携」について、本学初めての学生現場実習の結果を資料として試案を述べた。

1) 医療チームにおけるPSWの役割は「関わる対象である精神障害者が疾病と障害を併せ持つ

ており、まさに医療と福祉の両方の知識を駆使することで専門性と主体性を発揮する責任がある¹¹⁾ことから、学生現場実習の段階から他専門職種の指導下でも学ぶ機会を持つことが“真の連携”を理解するために不可欠であることを明らかにした。

2) これからの精神医療が院内及び地域リハビリテーションを理解し協力するために最近の精神医療の傾向について述べた。

(完)

(2000. 3. 31 受理)

注

注) 1926年米国 PSW 協会設立。米国では1905年にボストンマサチューセッツ総合病院において PSW が最初の仕事を始めている。

日本は1966年精神保健福祉相談員が保健所と精神保健福祉センターに配置され、精神障害者の訪問指導を行っている。1987年精神保健法制定ではじめて、病院内リハビリテーションの義務化と精神障害者生活訓練施設と授産施設が設置された。

参考文献

- 1) 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課監修『精神保健福祉士法詳解』ぎょうせい1998年。
- 2) 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編集『精神保健学』へるす出版1998年。
- 3) 秋元波留夫、調一興、藤井克徳編集『精神障害者のリハビリテーションと福祉』中央法規1999年。
- 4) 岡上和雄「精神障害者のリハビリテーション—これからの40年—」(日本精神障害者リハビリテーション学会第7回大会抄録集、1999年)。
- 5) 遠藤克子、塩村公子、小林巖「東北福祉大学社会福祉援助技術現場実習実習体制」(日本社会事業学校連盟第29回社会福祉教育セミナー報告要旨・資料集、1999年)。
- 6) 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編集『精神保健福祉援助実習』へるす出版1998年。
- 7) 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編集『精神医学』へるす出版1998年。
- 8) 鈴木二郎「現代における精神医学の課題」(日本精神神経学会『精神神経学雑誌』101巻7号、1999年)。
- 9) 人見一彦「精神科医の用いる言葉の処方—精神分裂病—」(日本精神神経学会『精神神経学雑誌』100巻12号pp.1069-1073、1998年)。
- 10) 小池清廉「医療の質を高めるために」(日本精神神経学会『精神神経学雑誌』100巻12号pp.1032-1038、1998年)。
- 11) 日本精神医学ソーシャルワーカー協会『改訂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1998年。