

令和7年度精神保健福祉研修

## 精神保健に課題を抱える方への相談の受け方と アセスメント技術の向上

～生物、心理、社会モデル～

～疾病性、事例性～

について知り、包括的なアセスメントを学ぶ～

埼玉県立精神保健福祉センター

企画広報担当 吉田太郎

1

1

## 本日のお話

- 1 精神保健福祉領域における相談の概要
  - (1) 精神保健福祉相談の必要性
  - (2) 精神保健に課題を抱える方とは
  - (3) 地域における精神保健福祉に関する相談の特徴
  - (4) 精神障害における2つの側面を理解する
- 2 相談の実際について
  - (1) 相談全体の流れ
  - (2) 前提となるスタンス
  - (3) インテーク
  - (4) **見立て**  
生物・心理・社会モデル      疾病性・事例性
  - (5) **方針**
  - (6) **援助**
  - (7) モニタリング



埼玉県マスコット「コバトン」

2

2

# 1 精神保健福祉領域における相談の概要

3

3

## (1) 精神保健福祉相談の必要性

個人や世帯が抱える生きづらさや問題は複雑化・多様化

〔 依存症、ひきこもり、自死遺族、発達障害  
生活困窮、子育て、高齢、8050問題 〕

制度の狭間に陥りやすい人、支援につながりにくい人



精神的な健やかさを取り戻すために住民、その家族等を支援

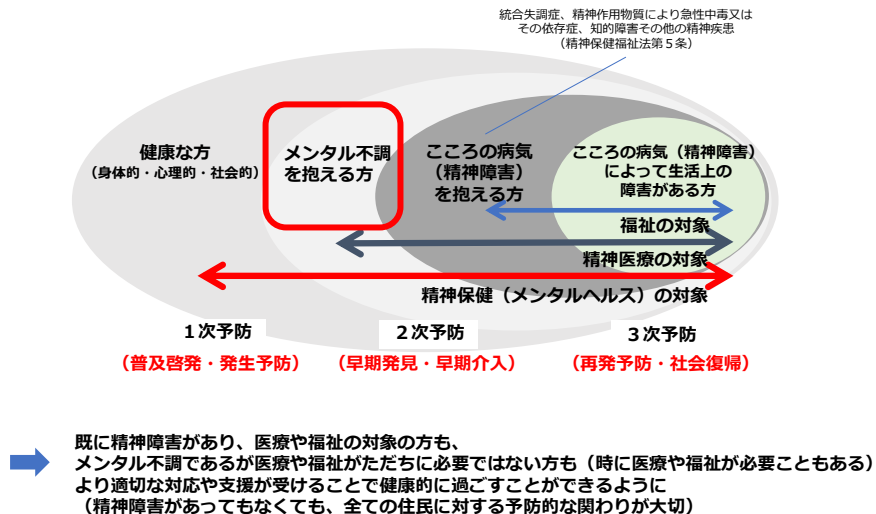
- 問題を切り分けない・丸ごと捉える
- 本人・家族の困りごとや潜在的なニーズに寄り添う
- エンパワメントの促進、ストレングスに着目

4

4

## (2) 精神保健に課題を抱える方とは

※精神障害の有無や程度に関わらず**誰もが**安心して暮らすことができる



5

5

## (3) 地域における精神保健福祉に関する相談の特徴

- 主訴が曖昧で整理されていないことがしばしばある
- 地域の相談では最初に本人が登場するとは限らない
  - ファーストクライアント（最初に相談に来た人）は家族が多い（本人が登場しない相談）
  - 家族から状況を伺い、家族への継続的な対応、支援が重要「本人が来ないと相談にのれません」は禁句
- 病的な部分が前面に出て、健康な部分が見えづらくなっていることが多い
- 精神科医療に対して過剰に期待される場合がある
- サービスにつなげて済む相談でない場合が多い（生きづらさ、ストレス対処、対応方法、情報や知識）

**ガイダンス性** と **カウンセリング性**

6

6

## (4) 精神障害における2つの側面を理解する

### 疾病としての精神障害

#### ① 外因性精神障害

身体疾患や外傷などが原因

#### ② 内因性精神障害

脳内の何らかの機能障害による

#### ③ 心因性精神障害

心理的要因、環境的要因によって生じる

認知症、高次脳機能障害など

#### 統合失調症

うつ病・躁うつ病など

#### 不安障害、PTSD

パーソナリティ障害など

\*このほか、神経（精神）の発達における障害として、知的障害、発達障害がある

### 障害としての精神障害（生活障害）

#### ① 日常生活上の困難

⇒ 福祉サービス・地域の社会資源利用による生活支援

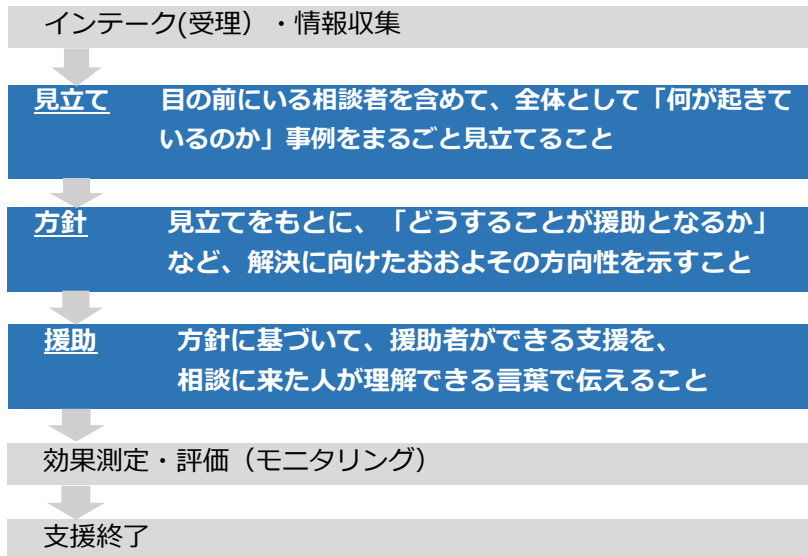
#### ② 疾患や生活のしづらさに起因する生き方・人づき合いの悩み・困難

⇒ 症状に対する対処行動の支援、家族や当事者同士の支え、カウンセリング等

※必ずしも福祉の対象とは限らないことに注意！ 例「非障害自閉症」（本田秀夫Dr）

## 2 相談の実際

## 相談全体の流れ （基本は見立て・方針・援助）



9

9

## 相談の前提となるスタンス

- 最初に相談場面に登場した人を大切にする
- 家族との相談は本人に会うためのプロセスと捉える
  - 家族相談で終わっても「本人主体」の姿勢が基本
- 背景にある精神疾患の有無を推測する
- 相談に至った「ことのいきさつ」を考える
  - 本人対応の試行錯誤が必ずある
- 問題行動には意味がある
  - 問題の改善を第一にしないこともある
- 必要があれば拒否されてもかかわる（関わり方を工夫する）

10

10

## インテーク（受理）・情報収集のポイント（１）

- 相談の基本姿勢を大切にする

**傾聴    共感    受容    支持    自己決定の尊重**

- 信頼関係（ラポール）の形成と見立てにつなげるための３つの「きく」

**ask            【訊く】**

**hear          【聞く】**

**listen        【聴く】**

**傾聴し、選択して整理し、必要なことを尋ねる**

11

11

## インテーク（受理）・情報収集のポイント（２）

- 相談者が話してくれないと始まらない  
「ようこそいらっしゃいました」
- まず、誰についての相談か  
「どなたのことで、ご相談ですか」
- 主訴は何かを意識し、目の前の相談者の抱えている問題を把握する  
→ **とりあえず、相談者から出てくる言葉を聞き、大枠をつかむ**
- 問題の状況と経過を確認する  
「いつから、何が、どんなふうにしたのでしょうか」  
「どうやってこちらをお知りになりましたか」  
「それについてどうやって対処してきたのでしょうか」

12

12

## インテーク（受理）・情報収集のポイント（3）

- 目の前にきた相談者をどう理解するか

（点理解） 問題は何か、制度の適用ができるかどうか



（断面的理解） 問題を抱えている人、環境の中に置かれた人



（立体的理解） **その人のこれまでの取り組みや努力過程の全体の把握**

（福山和女 3次元の立体把握－役割システムのアプローチについての理解）

13

13

## インテーク（受理）・情報収集のポイント（4）

- 限られた時間で、見立てるために意識して「きく」  
（単に情報を集めたり、アセスメント票を埋めても見立てられない）
- 情報を集めてから考えるのではなく、仮説を組み立てながら質問する  
（見立てるために必要なポイントを頭の中に入れておく）
- 相談者の話も耳を傾けながら、時系列を整理する  
（支援者側が、常に「いつの出来事なのか」時間軸を意識する）
- 生活状況、家族構成、生育歴、治療歴の聴取ではポイントを押さえる  
（初回で全て聞く必要はない、そのときどきで必要な情報が異なる）
- 自分の聞き忘れがちな傾向・くせを自覚しておく  
（飲酒、薬物、ギャンブル、身体疾患、自殺未遂歴・遺伝素因など）

**3つの「きく」を使いこなし、面接を主導する**

14

14

## インテーク（受理）・情報収集のポイント（４）

### 見立てるために押さえるポイント

ただし、項目を埋めるだけではアセスメントできない  
仮説を立てながら必要な項目を聞いていく

- 今、現在の生活の様子  
※ 本人の暮らしぶりのイメージを掴めることが大切
- 精神病症状の聞き取り（統合失調症、うつ、躁うつ）
- 生活歴（幼少期のエピソード）
- 精神科受診歴  
診断（ただし、鵜呑みにしない）  
入院歴と入院形態  
初発のエピソードや再発エピソード

15

15

## 見立て

16

16



## 見立て（１） 見立てとは

目の前にいる相談者を含めて、全体として「何が起きているのか」支援者なりに、事例を丸ごと見立てること

参考 アセスメントの定義

- 一つ一つの情報を自分なりに解釈し、それらを組み立て、生じている問題の成り立ちを構成し（まとめ上げ）、支援課題を抽出すること
- あるいは、その人がどんな人で、どんな支援を必要としているのかを明らかにすること

（近藤直司 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第3版）

17

17

## 見立て（２） 必要な視点と理解

まるごと見立てる＝包括的なアセスメント のために必要なこと

生物心理社会モデル（Bio-Psycho-Social）の視点

（ジョージ・エンゲル 1977）

疾病性と事例性の概念を理解する

（加藤正明 1976 ほか）

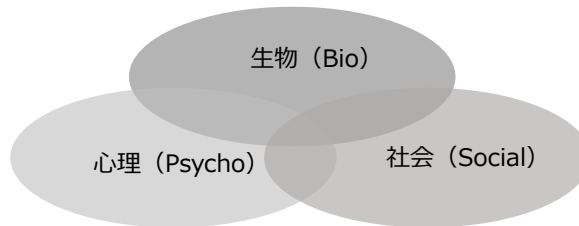
18

18

## 見立て（３） 生物心理社会モデル

包括的なアセスメント、ケースを理解するための視点

### 生物心理社会モデル（Bio-Psycho-Social）



○生物（身体） → 生来的気質、発達、障害、疾患など

○心理 → 不安、葛藤、希望、自己感、内省性、防衛機制など

○社会 → 家族関係、対人関係の特徴や適応、社会関係など

<WHOの「健康」の定義>

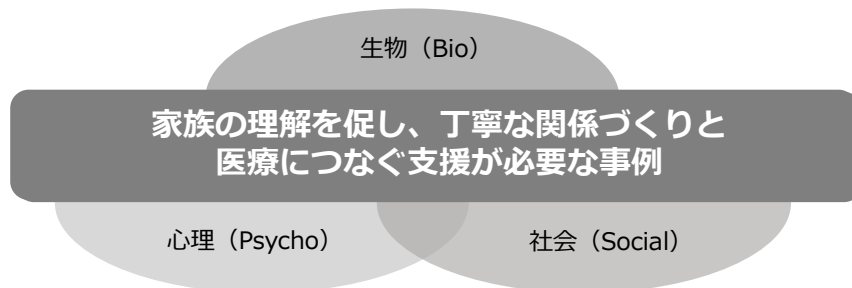
健康とは、肉体的、精神的及び社会的に完全に良好な状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。

19

19

## 見立て（３） 事例に当てはめると

・統合失調症の発症が疑われる



・受験にも失敗し、友人とのつながりも途絶えすっかり自信をなくしている

・誰もわかってくれないと思い、自分のことを誰にも話そうとしない。

・父親は本人が怠けているだけだと思い、病気とはまるで思っていない。

・母親は専門家の助言を受け入れてくれそう

・母は親戚や近所の目を気にして公的機関への相談を極力避けているよう。

20

20

## 見立て（４） 疾病性と事例性の理解①

メンタルヘルスの領域で重要となる疾病性と事例性の概念を理解する

### 疾病性 (illness) と 事例性 (caseness)

#### <意 義>

支援の方向性の判断や介入方法の選択につながる

#### <方向性の判断>

疾病性に重点がある → 医療へのつなぎ優先

事例性に重点がある → 医療導入より、関係性を考慮した対応を重視

#### <介入方法の選択>

危機介入が必要か、受診勧奨か、対応助言か、情報提供レベルか、など

#### 【留意すること】

疾病性（疾患の程度や状態）に引っ張られるが、  
措置入院等の救急医療を除き、事例性を重視して対応する

21

21

## 見立て（５） 疾病性と事例性の理解②

### 疾病性 (illness)

生物心理社会モデルの「生物」的視点

- 医療の必要性がありそうか  
あるとすれば、どのような病気で、程度や重症度について推測する
- その人自身の病気に対する捉え方や  
思いを把握する



問題の背景に、精神疾患が関連しているかを推測し、**精神科受診の必要度・優先度を判断する**

### 事例性 (caseness)

生物心理社会モデルの「心理社会」的視点

- 問題によって、  
本人・周囲がどのくらい困っているか
- 相談に来る＝事例化 事例化に至った  
いきさつに着目し、事例化せざるを得なかった個別の事情を把握する



問題の背景に、生じているメカニズムや環境、本人・家族の対処能力などを把握し、**環境調整などの支援方法や介入レベルを判断する**

疾病性は、大よその疾患を見立てる

①外因性精神障害 ②**内因性精神障害** ③心因性精神障害 ④神経（発達）の障害

22

(事例)

10代男性、精神科未受診。両親、兄弟と4人暮らし。  
高校3年生から、人間関係や勉強に行き詰り、ひきこもるようになった。大学受験は失敗し、進路も決まらず卒業を迎える。  
農家のため、最近は同じ敷地内の離れの部屋にこもり、独り言や盗聴されていると言ったり、物音に敏感で怒りっぽくなった。  
先日、母がご飯を届けに行ったところ、いきなり大声を出したため、びっくりした母親がスクールカウンセラーに相談した。

→ 疾病性はどうか

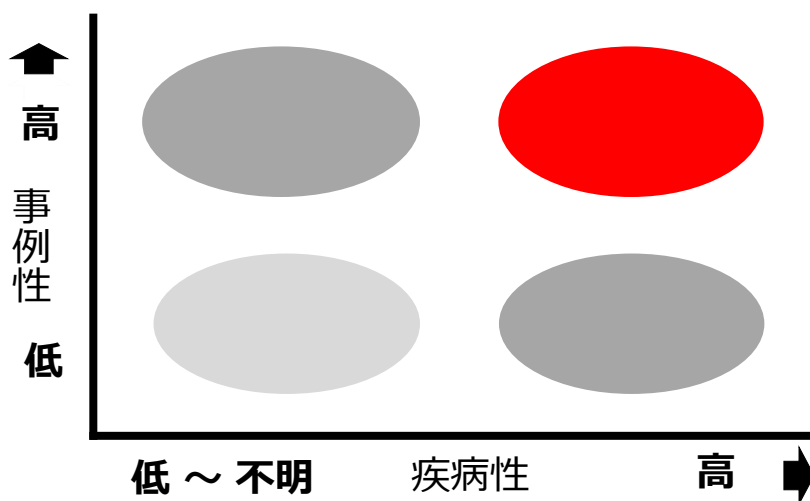


事例性はどうか



23

## 疾病性と事例性の軸で考える



疾病性（疾患の程度や状態）に引っ張られるが、措置入院等の救急医療を除き、事例性を重視して対応する

24

## 見立て（６） 緊急性の有無

### 緊急性の有無を判断する

暴力行為、自殺の危険性、病気（身体状況）等により、  
本人や周囲に身の危険（命や財産の危険）があるか  
→ 緊急性がある場合は、危機介入を検討する

#### （事例）

うつ病で休職中の４０代男性。  
会社と復職の話し合いをしたが、部署変更はなく、復職の  
期限が迫っている。本人は復職への不安を訴えていた。  
本人が外出中、「お世話になりました」との書き置きを妻  
が発見。本人と連絡をとり、近くの公園の駐車場にいた。  
本人は落ち着いていたが、車の中には本日買ったと思われる  
ガムテープや練炭を買っており自宅においてあった多量の  
睡眠薬をもっていたことがわかった。

25

25

## 見立て（７） 相談者の力

### 相談者自身の持つ力、問題解決能力を判断する

これまでの経過、取り組みや行動力、行動の傾向  
助言に対する反応や理解、精神科医療への思い、  
地域とのつながりなどから今後の予測を立てる

#### （事例）

４０代男性 統合失調症で医療中断。両親との３人暮らし。  
最近「テレビで自分のことが流されている」と言うようになり、  
措置入院したときと同じようになっているという。  
過去に、叔父などの親戚とともに本人を病院に連れて行ったこと  
があるという。母は、本人が薬漬けにされたくないし、ベッド  
に縛られるのは可哀そうだと言っている。

26

26

## 見立て（８） まとめ

生物心理社会モデルの視点でケースを理解し

疾病性、事例性の軸で考え

緊急性の有無、相談者の力を踏まえ

包括的にアセスメント（総合的に判断）する

27

27

## 方針（１）

- 見立てをもとに、課題解決に向けてのおおよその方向性を示す  
（仮説に基づいて組み立てる）

- ・ 緊急性の高いことから優先して取り組む
- ・ 自分の所属する機関の役割・範囲（限界）を意識する
- ・ 方針を相談者に提案し、共有する

相談者の「問題の捉え方」 ≠ 支援者の「問題の捉え方」



相談者と支援者の目標や方針のズレをすり合わせる

28

28

## 方針（２）

- 情報提供又はガイダンス
- 家族相談  
（本人への対応方法・アプローチ方法の検討・助言）
- 受診相談（外来レベル、入院レベル）
- 社会参加をめぐる相談（ひきこもり事例など）
- サービス調整
- 就労支援
- 他機関紹介（案内で済むのか、つながりが必要か）

相談（対応）継続

他機関紹介

助言・終了

29

29

## 援助（１）

- 方針を確認した上で、具体的な援助内容を提示する

相談（対応）継続

他機関へのつながり

助言終了

またきてくださいね

- いつ・誰が・何をどのように行動するかを整理する

（ 目標や方針がぼやけていると、何をすればいいかがぼやける  
関わり方に困ったら、アセスメントに立ち戻る ）

- 相談に来た人が理解できる言葉で伝える
- 相談者の自己決定を原則に

30

30

## 援助（２）本人が登場しない相談

- 1 <本人が登場しない場合、家族を通じたアプローチが必要>
  - 家族が相談していることを本人にオープンにしてもらう
- 2 <訪問を検討する>
  - 訪問の目的と意義
  - 訪問への期待と確認
- 3 <訪問への準備>
  - 訪問の目的やリスクの共有
  - 訪問の予告
  - 訪問のタイミング
- 4 <訪問時の対応>
  - 挨拶と自己紹介
  - 訪問に至る経緯と目的の説明
  - 心構え  
(会えないことも多い、本人の拒否、家族を対象とした訪問)
- 5 <訪問のあとに>
  - 訪問時の印象を相談者に伝え、訪問後の反応を確認

31

31

## 援助（３）受診をめぐる相談の実際①

- 精神科医療でできることやできないことを伝える
- 本人や家族に受診の予約、相談の仕方を伝える
- 入院形態を説明する
  - 基本は外来通院
  - 入院の必要性を見分けるポイント

外来通院ができない  
病状が深刻である  
自殺、暴力などの問題行動のリスクが高い  
刺激を避けて休む必要がある場合

32

32



## 援助（４）受診をめぐる相談の実際②

＜本人の受診意思に迷いや不安がある場合＞

- 本人・家族への受診行動をサポートする  
本人・家族の病気に対する思いや背景を理解する  
訪問し、同行受診する場合もある。  
※ 自宅から一緒に行く場合もあれば、  
外来で待ち合わせる場合もある

＜本人に受診動機がない場合＞

- 本人と関係性が構築できる場合又は説得に応じる場合  
→ 受診に同行し、  
外来受診、任意入院や医療保護入院
- 本人と関係性が構築できない又は説得に応じない  
→ 非自発的な入院に向けた家族のサポート  
急ぐ・急がないの判断、家族の決意や揺らぎ  
入院の同意、医療費、搬送手段、危険時の対応

33

33

## 援助（５）医療につながりにくい・拒否する方

### 病識がない、服薬に拒否的な方への関わり

- 最初から「病識がない」と決めつけない
- 病気の理解や服薬の必要性を前提に話すと関係はこじれやすい
- 医療とは別の視点で生活の困り具合、趣味等の好きなことを聞く  
→ まずは信頼関係を作る
- 本人自身が困っていることを聞いたうえで、対処方法を一緒に考える  
→ 困りごとの解決方法として、医療の利用を慎重に提案する  
→ 身体面を心配することで関係を作る
- 生活をどう支えるかの視点を大切にする  
→ 医療につなげることがゴールではない

34

34

## 効果測定・評価（モニタリング）・終了

- 最初の方針に固執しない
  - 新たな情報や発見があれば、方針を再検討する  
（継続面接、訪問による実際の状況）
  - アセスメント・仮説を繰り返し検証し、再度組み立てる
- 支援の終了は、相談者との合意を得る
- 他機関への紹介・つなぎは、のりしろをつくる
  - 役割分担から入るのではなく見立てを共有し必要な支援から考える
  - 役割分担の明確化は、ともすると隙間ができて狭間に陥る
  - 相手の機能と役割を知り、狭間に陥らないような協働と連携

35

35

## おわりに

- 一期一会
- 抱え込まない  
傷口が浅いうちに、みんなで手当てをする
- 直感や違和感（何かひっかかる）は、知識と経験の裏付け  
しかし、経験に頼ると、ときに失敗を招く  
経験に頼り過ぎず、常識的な感覚を忘れない
- 最善と最悪を常に念頭に置く（リスクマネジメント）
- 余裕をもつ（セルフマネジメント）

36

ご清聴ありがとうございました

