

精神科ソーシャルワーク実践技術の理論化に関する研究 —学際的アプローチによる精神保健福祉の向上—

大西 次郎

(武庫川女子大学 文学部 心理・社会福祉学科)

<要旨>

2013年から国の医療計画の対象に精神疾患が加えられ、こころの健康は国民に広く関わる課題と周知された。従って、疾病と障害をあわせ持つ精神障害者に対し、保健医療と社会福祉を橋渡しする精神科ソーシャルワーカーの職務はいっそう重要である。今こそ精神科ソーシャルワーカーは、精神障害者に果たしてきた歴史的な援助の蓄積を可視化し、自らの価値と役割を明確にせねばならない。

しかし、精神科ソーシャルワーク (PSW) 実践がソーシャルワーク (SW) 全体に対してどのような位置付けにあるのか、まして SW を包括する社会福祉学と比べてどうか、については定見がない。

そこで本稿では 1) 近年の SW において、研究的臨床実践の普遍化から、ナラティブを重んじる帰納的特質が優勢なこと、2) 社会福祉学は、(ソーシャルポリシーに対する) SW 重点化を通して学術的基盤を築いたこと、3) PSW は、法的パターンリズムに由来する演繹的特質を注視した経緯よりソーシャルポリシー均衡化を導き、SW との差異を生んだこと、4) PSW 実践を理論化する精神保健福祉学は、学際的な観点から当事者の問題解決を図る固有の学術体系であることの 4 点を論じた。

<キーワード> 精神科ソーシャルワーク、精神保健福祉、ソーシャルポリシー、法的パターンリズム

【I. はじめに】

精神保健福祉士は精神障害者に対する援助専門職として資格化され、社会への認知と活躍に対する期待が高まった。しかし、現実には医療観察法や障害者自立支援法の制定、あるいは精神保健福祉法の改正などのたび、制度に組み込まれて組織の運営や当事者の処遇に追われる状況である。精神障害者の社会的復権と地域生活支援を目指す、精神科ソーシャルワーク (PSW) の真価はもっと理解されてよい。

2013年4月から国の医療計画の対象に精神疾患が加えられ、今や精神疾患は国民に広く関わる問題である。従って、疾病と障害をあわせ持つ精神障害者に対し、保健医療と社会福祉をそれぞれ橋渡しする PSW の役割はいっそう重要である。精神科ソーシャルワーカーは、法・制度内の役割遂行にとどまらず、精神障害者に果たしてきた援助実践の蓄積を可視化し、自らの価値と役割を明確にせねばならない。

そこで本稿では、PSW 実践の理論化を図り、一つの学術体系、たとえば、精神保健福祉学として結集する要件を検討するため、まず「学

を構築する目的が、当事者、実践者、研究者のそれぞれに開かれた生活上の知恵の共有にあることを確認した。そのうえで、ソーシャルワーク (SW) を包含する社会福祉学と、PSW 実践の理論化を中心に学際的な展開をみせる精神保健福祉学が、固有の学としてそれぞれ存立すると認められる基盤を検討し、社会福祉学の SW 重点化に照応する、PSW のソーシャルポリシー面への働きかけが当事者に対する有効な支援につながる可能性を指摘した。

PSW 実践の歴史的な蓄積を、当事者の生活困難の解決を図る体系として理論化し、他者に公言できる実践科学へ構築することは、精神障害者に対する援助専門職すべての急務である。

【II. PSW を含む SW の全体像】

1997年に精神保健福祉士が、精神障害者に対し SW を展開する援助専門職として国家資格化され、その活躍へ向けた期待が高まった。ただし、独立した専門職としての社会的認知があったとしても、そこで展開される実践は(精

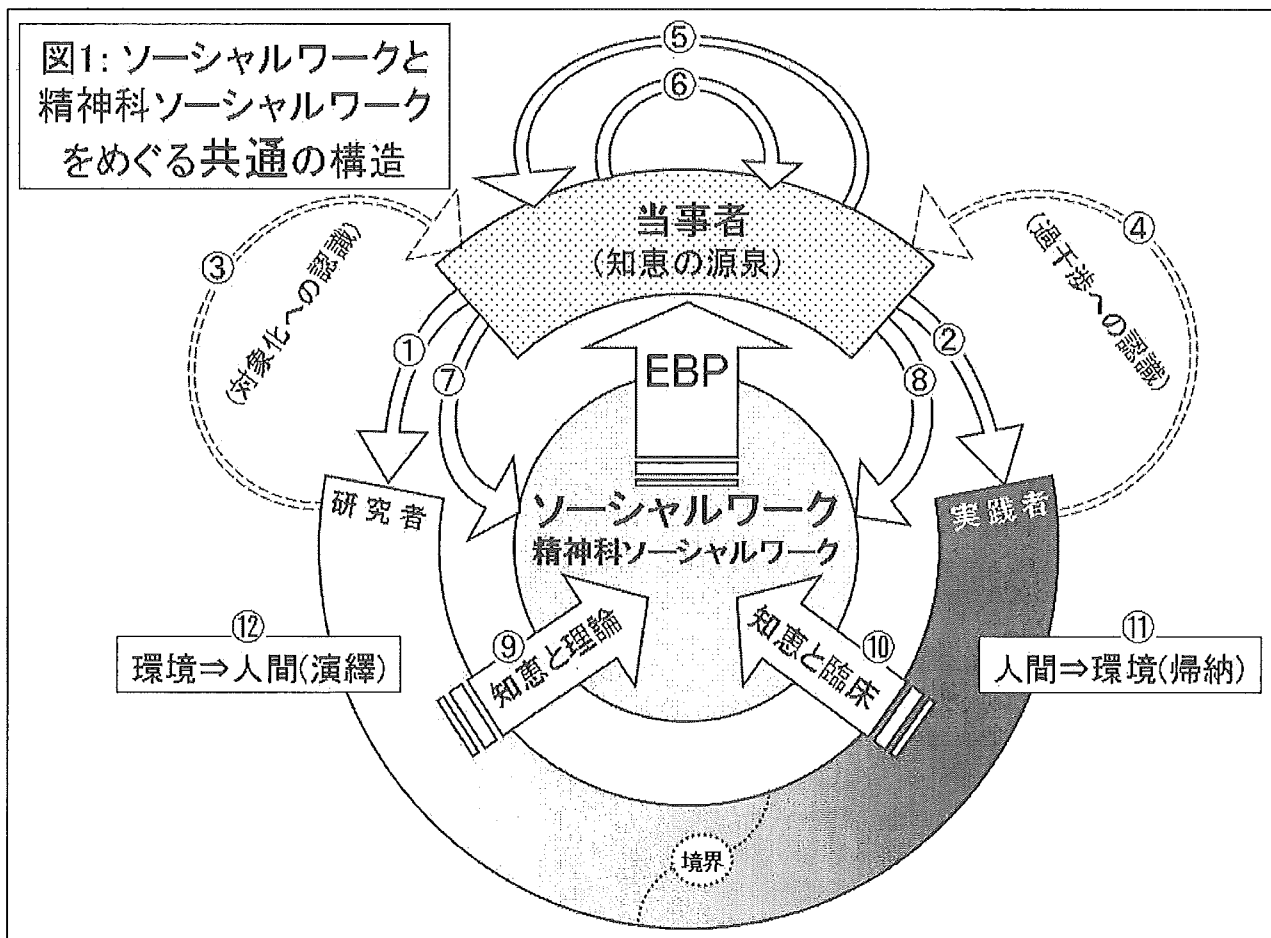
神障害という一つの障害者福祉領域に適応される) SWの変法なのか、あるいはSWとは異なった特質を有するPSWなのかは、あらためて検討されねばならない。

もちろんSWであろうとPSWであろうと、それぞれが実践行為を論理化・可視化し、固有の科学として自成していくことの重要性⁸⁾は論を待たない。そこで両者の“異同”を論じるにあたり、まずPSWを含むSWの全体像を明らかにすることで双方の共通点、すなわち“同”を示す。

ここで、体系的な実践科学を構想する意義が当事者にとって存在するのか考えてみる。専門性は「実際に生活に困った本人には関係ないことであり、実践者や研究者の存在意義を担保しようとするうえで必要」⁵⁸⁾なもの、との指摘がある。そこには古くから言及される、専門性が「ただ福祉法規を語り、要求者のとり静めに陥る」とともに「機関利害、行政支配、管理、利益勘定に対して実践や理論が役立つ」⁴⁸⁾のではないかといった懸念を当事者が完全に払拭できていない可能性がある。

もちろん精神保健福祉士の誕生に際し、当事者より「精神科ソーシャルワーカーはこの資格を取ったことで、これまで以上にプライドをもって医師や他職種の人と対等な関係で仕事をしてほしい。もちろんユーザーに対しても対等な関係で仕事をしてほしい」との思い⁷⁾も寄せられている。このような声へ応えるためにも、本稿で構築を慮る精神保健福祉学は、研究者や実践者といった専門職の側の論だけで完結するものであってはならない。

すなわち「ソーシャルワーカーの実践は歴史的社会的状況において、特定の当事者との具体的関係において行われるのであり、理論的知識は当事者との協働作業で選択され個別化され、解釈され連合のうえ使用される。研究者は理論的知識が実践でいかに活用されるかを現場でよくみて、その生産的な使い方を実践者から学ぶ」という実践者と研究者の双方向性⁹⁾に基づき、サービスを受ける当事者がサービスを統制する²⁵⁾ことで、実践の理論化が彼(女)らの問題解決へつながっていくのである。



PSWにおける、かかる理論創造の例として、藤井³⁾は谷中輝雄による「やどかりの里」の生活支援論をあげている。彼はそこで「成文化された理論的知識（形式知）と暗黙的な事例的知識（暗黙知）の間に、一部成文化可能な教訓的知識（実践知）を置ける」として、「知識創造の場に根ざしているのが実践知であるので、場の特徴が似ている場合は実践において活用しやすい…現場で創られる実践理論は、当事者との協働作業で創られる場合、実践者に活用され易いだけでなく、当事者にも取り入れられて、当事者の生活の知恵になる」と述べている。

本稿で「学」の構築形態として意識する取り組みは、そのような、当事者から発せられて専門職との相互作用のなかで洗練され、また当事者へ戻っていく実践的な「知恵」の集積と共有の過程と言えよう。

これらの当事者と専門職（実践者・研究者）の協働を、上記の「知恵」の流れを媒介として図1に模式化した。ここでは知恵の流れを大別し、一つには当事者から彼（女）ら自身へ、ならびに専門職（実践者、研究者）へ向けて発せられる流れ（前者）、そして、もう一つは専門職より当事者へ戻っていく流れ（後者）に分けて整理する。

まず前者の、当事者から専門職への流れ（図1〔①②③④〕）である。ここでは当事者主権という基本理念に加えて、福祉や医療という援助行為が潜在的に持つ否定的側面への留意が焦点となる。すなわち①②と③④の非対称性である。疾病や障害を対象化して、専門職が当事者を保護しようとするあまり当事者の人間性を否定し、過干渉を常態化させ、あまつさえ回復を制限してきた歴史は無視できない³¹⁾。

かつて精神科病院は、精神障害者を保護・管理する場として存在した。そこでは否定的側面のみ人間性を対象化し、当事者の持つ力を無視した代理行為が蔓延した。生きる力を奪われた当事者は退行した行動や症状を呈することで、より過剰な保護・管理を誘発する悪循環²⁷⁾がみられた。

かかる史実に鑑み、対人援助サービスの寄せ集めが精神障害からの回復を促すのではなく、それらを利用しないこと（③④の点線化）も回復への一つの方法¹⁾とさえされる。

もとより当事者には、体験した者でないと分からない知恵がある。その知恵はピアサポート⁴⁶⁾やセルフヘルプ・グループ¹¹⁾といった形で仲間の役に立てられている（図1〔⑤⑥〕）。

当事者一人ひとりの体験を価値あるものとして蓄積することで、そこから得られた知恵は、

専門職に劣らない新たな生活の工夫を提案できる⁴⁶⁾のである。

このように当事者の役割が重要さを増すにつれ、専門職の役割は慎ましいものによっている²⁷⁾。近年は当事者の体験そのものを素材として専門職が精査し、彼（女）らの暗黙の情報を見える形に編成^{23, 24, 47)}して、専門職養成にかかわる講義^{23, 24)}はもちろん、教科書の記述⁴⁷⁾にも取り入れる試みがなされている。

これらからは、当事者が主体的な知恵の源泉として、自らの語りや視点を（事例研究や対人援助の媒介物としてではなく）あるがままに受け取られるべき宝として提供する（図1〔⑦⑧〕）という姿が浮かびあがる。そして、提供される先こそはSW（PSW）の場であろう。

そこは、知恵の主体である当事者、援助理論を携える研究者（図1〔①を経由した⑨〕）、臨床経験を有する実践者（図1〔②を経由した⑩〕）のいずれもが「援助する者 vs. される者」という二者関係を越えて集う対等な場であって、学問が実践者を、ましてや当事者を排することなく、研究者を加えた三者の対等な交流のもと、当事者の利益を目指して進歩する場なのだ。

【Ⅲ. SWの分化－研究的臨床実践の普遍化－】

では後者の、専門職より当事者へ戻っていく流れはどのようにまとめられるか。まず、伝統、経験、勘に支えられた援助は、それ自体が根拠を持つものでない²⁾。

たとえば、北川¹⁸⁾が述懐するように、専門職による正しい行為の選択は伝統や権威によってなされるのではなく、まして正しくない行為の排除は自己規制に依拠するのでもなく、あくまで科学的な証拠に基づいた実践（evidence-based practice: 以下、EBP）がSW（およびPSW）において求められている²⁾。

対人サービスが根拠に基づいたものであるべきだという考え方は、当初、医療分野で強調され、根拠に基づく医療（evidence-based medicine: EBM）として発展した。これは次第に他の対人援助領域へ広がり、EBPと総称されるに至った²⁶⁾。

さて、EBPは知見や技術を批判的に分析し、有効なものからランク付けして活用する態度とみなされることが多い。しかしEBPは既存の結果からの選択にとどまらず、実践と研究の相互作用から根拠（evidence）を新たに生成する側面を含む。

この側面はSW（PSW）における調査の蓄積が不十分であるという視点に立てばなおさら重要で、実践者は日々の臨床のなかで調査を

行い、自らフィードバックする研究者でなければならぬ⁴⁴⁾とされる。すなわち、「研究者は理論的知識が実践でいかに活用されるかを現場でよくみて、その生産的な使い方を実践者から学ぶ必要がある…実践者は、理論的知識を活用しつつ新たな知識創造が出来ることを自覚し、その創造方法を身につける必要がある⁴⁵⁾のだ。

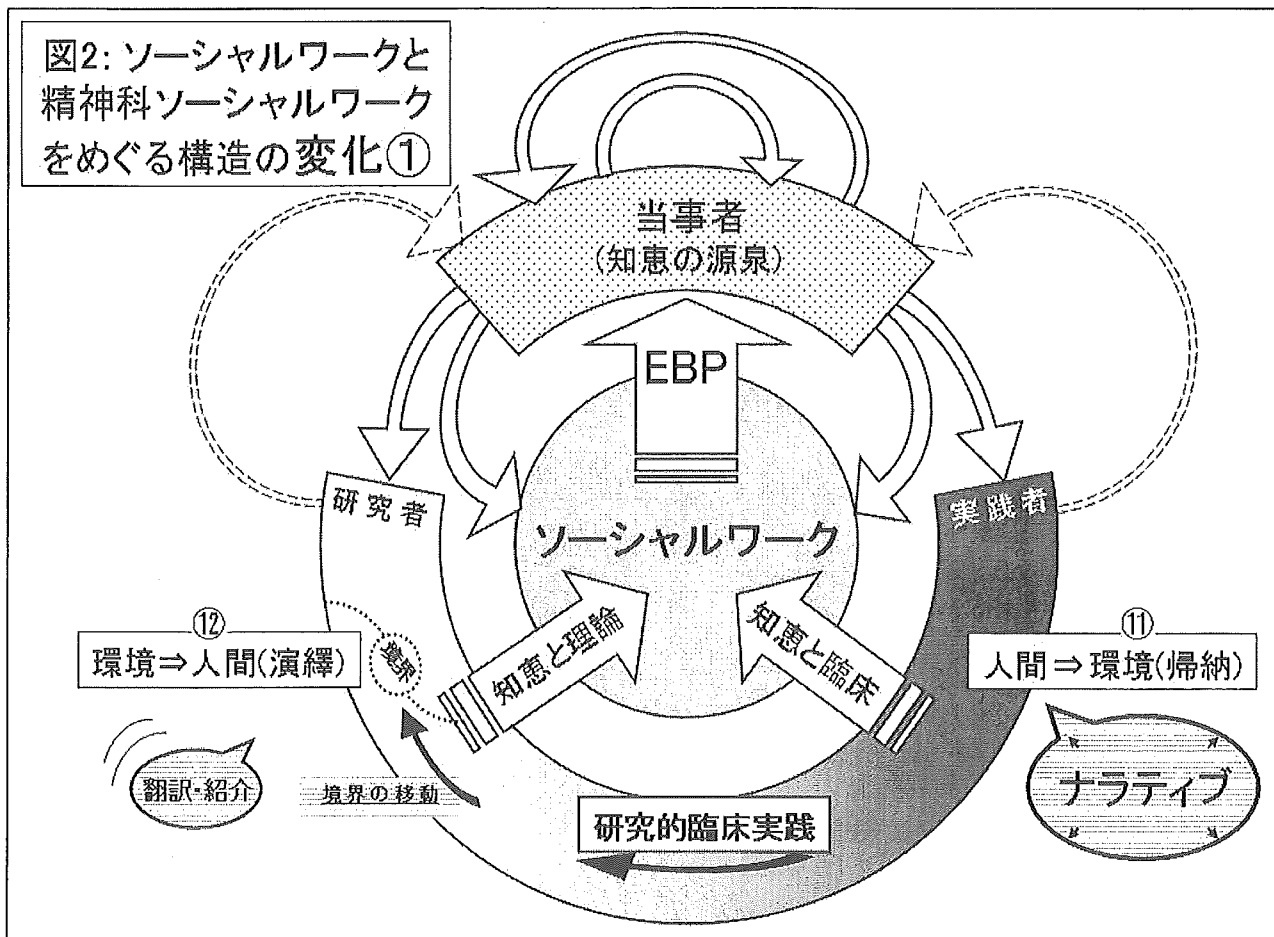
以上より、EBPを不可避とする現代のSW(PSW)において、実践者と研究者の垣根は必ずしも高くないと言えよう。従来は、研究者が学術的文脈で理論的知識を創造あるいは翻訳輸入し、実践者がその知識を反復利用ないし応用するという分業がSW(PSW)における理論と実践の乖離を存続させてきた⁴⁶⁾。

しかし、今なおSW(PSW)の現場の指針となる理論が求められ続け、加えて職種間連携のもと、専門性を明確にして隣接職域の社会的承認を得ねばならない要請も強まっている¹⁶⁾ことから、実践理論の確立は急務であって、実践vs.研究といった区分そのものが再考を迫られている。

換言すれば、SW(PSW)の近況は、当事者

と接点の乏しい研究者の存在を規定しにくい状況にあり、実践者と研究者の差異は当事者の「生活」という、リアルではあるが掴み所に乏しい対象を「人間と環境の相互作用」と言い換えた³⁸⁾うえで、人間から環境へ向かう一つ一つの事例を読み解き集積する帰納的アプローチに実践者(図1[⑩])が、環境側から生じる一定の概念に基づいて、人間に観察される事実を検証する演繹的アプローチに研究者(図1[⑪])が属するといった、当事者への接近法の差に収斂すると考えられる。

では、現代のSW(PSW)専門職の行為は実践なのか、研究なのか。これは岩間¹²⁾が、個別実践事例の研究的昇華について述べるに際し「事例研究は帰納法だが、事実の積み重ねから原理原則を導くには研究の素材となる具体的事実の内容が問われる」としたうえで、個に向かうアプローチ(実践のための事例研究)と一般法則を導くアプローチ(研究のための事例研究)の円環状の発展からSW(PSW)が進むと論じるように、実践と研究は連続線上にあり、別物でなく一体的に捉えられるべき⁵⁰⁾なのだ。



以上より、実践者と研究者の多くは当事者から「研究的臨床実践家」²⁶⁾と総称できる存在と考える。そこからは、研究から足を遠くさせる実践者の姿は仮定できても、実践から遊離した形で存在する研究者を想起することは難しい。もちろん、これは専門職すなわち皆実践者たれという意味でなく、EBPには現場からのフィードバックに基づく評価と改善が欠かせないため、絶えず研究者は実践者から情報を収集・蓄積する必要がある⁴⁴⁾という趣旨である。

このように実践者はもちろん、研究者においてさえ両専門職の行為の多くは当事者との関係性を前提とした「研究的臨床実践」であることから、EBPを重視する現代のSW(PSW)においては、広く専門職の実践者化とも称すべき現象が進んでいるとみなされる。以上を(図2)へまとめ、研究的臨床実践の普遍化、ならびに研究者/実践者境界の移動(実践に関わらない研究者の相対的減少)として表した。

以上のようなSW(PSW)の実況からは、当事者の「知恵」と研究的臨床実践の循環が生み出す、学問領域としての具体像が顕現されているかにみえる。それを受けて、SWから社会福祉原論¹⁶⁾を立案せんとする立場もまた自然であろう。

他方、以上をSWとソーシャルポリシーの関係性から評して「政策論あるいはソーシャルポリシーの領域において独自性や固有性を主張しても、アカデミックコミュニティや関係者の認知を得られない。社会福祉はSWの領域において、初めて独自性や固有性についての理解を得ることができるし、それを確立できる」とした問題提起⁴⁾の帰結と解釈することも可能である。

つまりSWは、研究的臨床実践の普遍化によって、人間から環境へ向けられた帰納的視座の優位を導き、またこのことで社会福祉学のディシプリンを強化する役割を果たした。換言すれば、社会福祉学における演繹的アプローチと帰納的アプローチは、それぞれ実践者と研究者における当事者への接近法の差に焦点付けられたため、双方が比率の濃淡こそあれ、研究的臨床実践を媒介に一群の専門職とみなすことが可能となったのである。

これにより、当事者から発する知恵の流れを「実践と理論の循環構造」で一体的に形式知へ昇華させ、再び当事者へ戻すことで生活困難の緩和へ向かうシステムを構築できたのである。それが先の「学問領域としての具体像」である。

ただし社会福祉学者の古川⁴⁾は、「社会福祉の固有性や独自性をSWにおいて主張しよう

とする試みは、結果的に後ろ向きの議論」と断じる。筆者も同じ立場を取るが、そこに至る理由は必ずしも同一でない。

古川は、特定のパラダイムを中心に成り立つ伝統的な科学の枠組みを超えた、複合科学として社会福祉学を捉えている⁴⁾。古川と筆者の差異を際立たせるため、あえてこれを専門職寄りの視座と置くならば、筆者の視座は以下のように当事者寄りにある。

すなわち、専門職がSWを媒介に実践を展開しても、対する当事者がソーシャルポリシーより受ける有形無形の影響が直接に減るわけではない。これに加えて、実践者と研究者が、研究的臨床実践を媒介に循環しつつSWの重視へ傾いたとき、もし同時に当事者がソーシャルポリシーと相克的な状況に置かれていたならば、当事者を支える理論や実践はその役割を十分に果たせるか疑問である。

そして、わが国における精神障害者を取り巻く状況こそ、まさにそれを憂うべき歴史のなかにあった。ここに、SWとPSWの特質差すなわち両者の“異同”のうち“異”が姿をみせるのだ。

精神障害者福祉の著しい遅れと長期にわたる隔離や、根強いスティグマなど、精神保健福祉の領域は歴史的に環境から大きな影響を受けてきた。そこで働く精神科ソーシャルワーカーは同時にそれらへ抗い、当事者の尊厳を守りながら社会資源の乏しいなかでその開発や地域啓発を担い、ソーシャルアクションを余儀なくされてきた。

SWでは相対的に非・重点化されたソーシャルポリシーだが、PSWにおいては、長期・社会的入院、地域福祉の相対的軽視、スティグマや社会防衛に基づいた収容、そしてそれらを維持せしめる法・制度という形で当事者の傍らに存在してきた。つまり、環境から人間に向かう演繹的アプローチは、研究者からの接近法にとどまらないのである。

従って、SWで築かれた、人間から環境に向かう帰納的アプローチの優位が、PSWで同等とは考えにくい。そこで次章において、PSW独自の歴史的背景を吟味することで、研究的臨床実践の普遍化に特徴付けられる図2が、どのように変化するかを検討する。

【IV. PSWの形 —法的パターンリズムの拮抗—】

かつて精神障害者の制度上の位置付けが、障害者施策の対象ですらなく、社会防衛上の治安対策にすぎなかったわが国の後進性に鑑み、精神科ソーシャルワーカーは実態として医療と

の「協力」³⁵⁾を、一定の緊張関係のもと維持し続けてきた。そして現在に至る PSW 実践の歴史的蓄積は、医療 SW の(それと同期する、社会福祉学のなかでソーシャルポリシーに対して比重を増した SW の)脱医療化によって、結果的に SW 領域で独自の体系を構築する可能性を付与された³⁴⁾と筆者は思量する。

従って、精神科ソーシャルワーカーの実践行為が「学」を構成するならば、ソーシャルポリシーとの関わりの有無・程度についての検証が必要である。

なぜなら、上記の論考³⁴⁾は精神科ソーシャルワーカーによって展開される SW (PSW) が、医療ソーシャルワーカーによる行為との間に本質的な位置付けの差異を生むか否かの解明に主眼が置かれており、独自の体系としての必要条件を満たすことは「可能性」として示されているものの、その十分条件たるソーシャルポリシーとの関連について、言及の余地があるからである。

では、図 2 に照応して、PSW の状況をどのように書きあらためることができるだろうか。精神障害者は「障害と疾病をあわせ持つて」と往々に言われる。しかし語義にそのまま従えば、生活習慣病に由来する障害者の多くも「障害と疾病をあわせ持つて」いる。多くの場合そのようなは捉えない所に、社会から波及した歴史的なスティグマが影響している²¹⁾。

すなわち、環境から人間へ向けられた演繹的視座が PSW は SW に比して強く、ここに精神科ソーシャルワーカーが医療の場にとどまらざるを得なかった理由があるのであって、またこれが PSW 実践の理論化を(社会福祉学に照応される)精神保健福祉学として成り立たせる要因なのである。

もとより、精神科ソーシャルワーカーを国家資格化し、精神保健福祉士を輩出するに至った背景には、わが国の(第 III 章で言及した)精神科医療における長期・社会的入院などの問題⁴⁰⁾があり、医療機関におけるチームの一員として精神障害者の地域移行を促進する役割が精神保健福祉士の中核業務²⁰⁾として期待されていたことは論を待たない。

そこには当初から、「精神保健福祉法は幾多の改正を経てきたにもかかわらず、その前身である精神病者監護法および精神病院法より一貫して、社会防衛と本人の保護という相反する命題を内包している」、「精神科医療機関に身を置く精神保健福祉士は、本人の回復への支援と社会防衛の要請とのせめぎ合いのなかで、絶えず緊張を強いられている。気を抜くと、社会

防衛へ流される危険性を常にはらむ」⁴⁹⁾という、環境から人間への明確な演繹的視点(法・制度や社会防衛)が横たわっていた。

もちろん、社会福祉学の立場からも、たとえば大橋³²⁾による「従来 SW 研究者と標榜される方々が、地方自治体の社会福祉行政の計画化に関し、SW 研究の視点からどれだけ発言し、どれだけ関与してきたのであろうか」という述懐のように、法の改正にかかわる制度上の動きに対し、ソーシャルワーカーの関心を促す建言はみられる。

それでも、やはり精神科医療に関しては、国内外での批判、あるいは当事者や関係機関の声により改善されてきたものの、事実上当事者の権利を制限することができる法・制度が精神障害者へ圧倒的な力を持っている。歴史的、精神科医療や精神保健にかかわる行政は、精神病者に対する医療と保護を基調として医療機関に収容することを目的としてきた¹⁴⁾からである。

従って、環境より人間へ向けられた演繹的視座、具体的には精神障害者における長期・社会的入院やスティグマ、福祉制度の遅れはもちろん、社会防衛の発想や精神科特例として構造的にそれらを支えてきた法・制度への関心は、精神科ソーシャルワーカーにこそ求められる。

ただ、それらを容易になさしめない構造も、精神科医療のなかにある。つまり、単純な法・制度に対する批判だけでは当事者への実効的な支援にならないため、その内容へかかわって修正を図る必要性のなかで、法・制度と当事者との間の「不整合」に直面するのである。

この「不整合」とは、法・制度を行政が作るのは現状を法的枠組みのなかに位置付け、秩序化することで問題へ対応するのにに対し、実際の当事者の抱える問題は「多様」であって、その改善を図る実践の蓄積が逆に制度化を促す引き金には必ずしもならない³⁰⁾という含意である。法・制度は実践に客観的な基準を与えるが、政策上想定した範囲を超える実践を保証しないのだ。

「不整合」の理由には「多様」性以外にも、総じて法・制度が当事者の状況というよりは社会福祉政策を遂行する側の判断によって定められ、運用されるという実情³⁰⁾があげられる。

たとえば、よく知られたパターンリズムという言葉は、もともと国家による個人の行動への干渉を批判する文脈で用いられてきた。法・制度へのかかわりはその名もとの支配構造、すなわち法的パターンリズムへ結びつきやすく、結果的に精神科医療を含む、医療における法的パターンリズムにおいて、援助者は多様なニー

ズを有する当事者と、画一的な医療を強いる法・制度との板ばさみになりやすい⁹⁾のだ。

つまり、SWにおける研究的臨床実践の普遍化まででPSWをとどめられないのは、わが国の精神障害者が置かれてきた(医療利用者のなかでも)特有な歴史的立場について勘案する必要があるからであり、加えて、現在もなお社会の側から演繹的視座～精神障害者を長期・社会的入院にとどめる地域福祉の相対的軽視、あるいはスティグマや社会防衛に基づいた隔離収容でそれらを維持せしめる法・制度～の巻き戻しが続いているからである。そして、それらを端的に表現する語が法的パターンリズムなのだ。

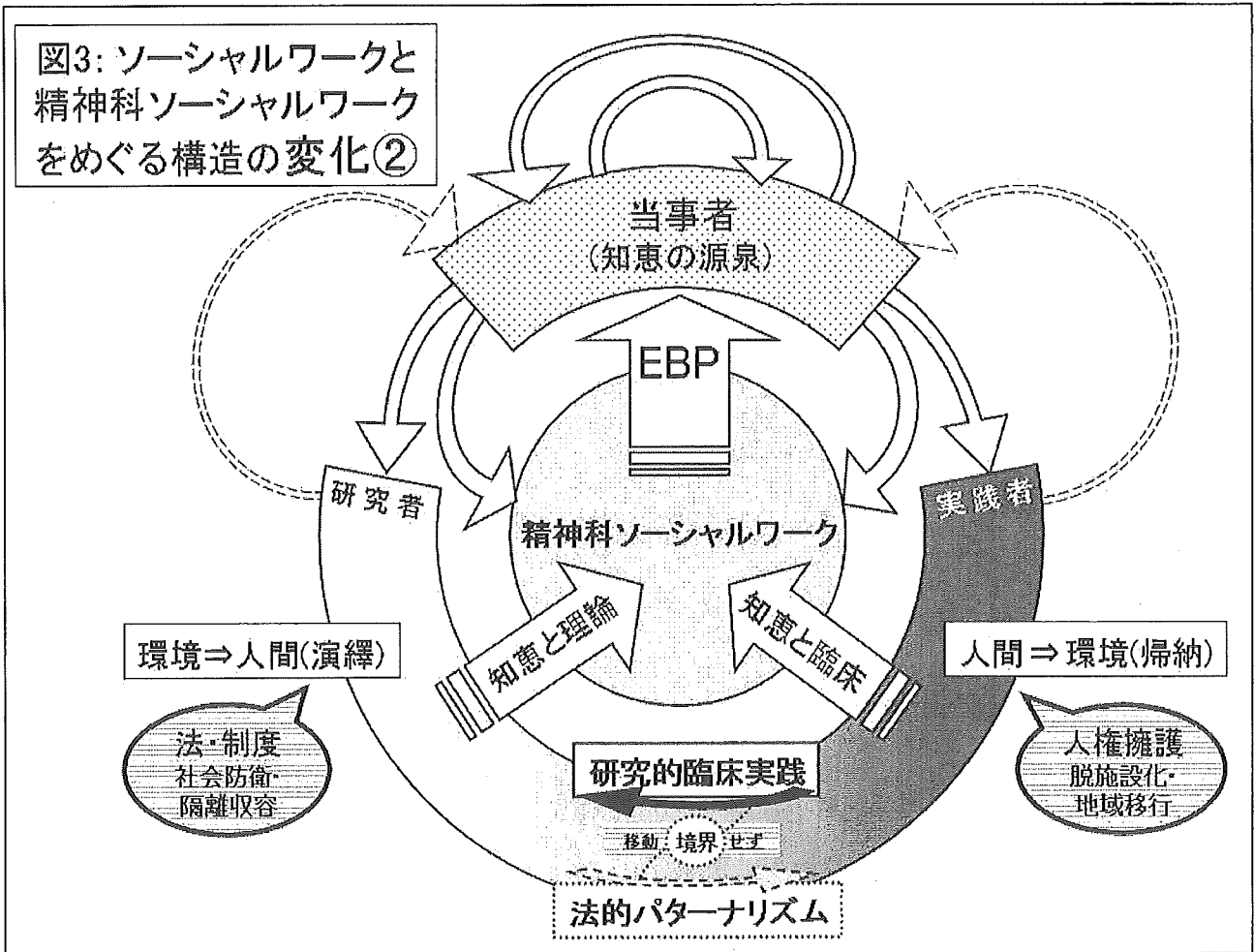
すなわち、PSW(図3)においては研究的臨床実践と法的パターンリズムが拮抗し、環境から人間に向かう演繹的アプローチと人間から環境に向かう帰納的アプローチの境界が(SWにおける図2とは対照的に)、図1のごとく拮抗しているのである。

そこには前記の演繹的特質の強さが反映し

ており、帰納的特質もまた、それらに均衡する形で人権擁護を原則に、脱施設化や地域移行として存在しているのである。

ここから導けるのは、わが国の精神障害者の劣悪な処遇には、近年のPSWや精神科医療の進歩をもってしてもなお改善の余地があること、具体的に言えば、法・制度の改正にまつわる情報の収集に気持ちは動いても、その成立過程における参画や事後の検証は結果として不十分であり、法・制度の手に当事者を事実上委ねているという実態への振り返りが必要だということである。

言葉を重ねれば、精神科ソーシャルワーカーが精神科医療における精神障害者特有の困難性をわきまえたうえで、個別事例から発する当事者へのスティグマや、これを「保護」と言い換えた差別に抗って当事者の地域生活を支援する帰納的な視点を持つことは確からしくとも、さらに歩を進めて、それらを法・制度のレベルへ還元する演繹的な努力へ結びつけていかねばならないということである。



このような、精神障害者の地域生活へ向けた支援に加えた、当事者が置かれた社会状況を変革する“作業”こそ PSW の特質であり、また精神保健福祉学の構築に不可欠な、実践科学として PSW を体系化する要素だと言えよう。

すると、この“作業”の具体像に関する検討が必要である。それは第 VI 章で取り扱うが、その前に PSW が歴史的にどうソーシャルポリシーと対峙してきたのかを、精神科医療の現場に即して踏まえておく必要がある（第 V 章）。

【V. ソーシャルポリシーと PSW の歴史的関係】

ここから先に話を進めるためには、論点を専門職の立場から、精神障害者の立場へあらためて移さねばならない。なぜなら、当事者を取り巻く歴史を振り返って吟味すると、精神科ソーシャルワーカーは、演繹的視座から逆に距離を置こうとしてきた可能性が浮かびあがるからである。

たとえば、精神障害者の側からは、自らを障害当事者として規定しようとする時、しばしば当事者は政治的闘争をいどむ人とされ、当事者主体が危険用語として現場の専門職へアレルギー反応をもたらしてきた²⁷⁾という見方がある。つまり、政治的な言動は援助者側から否定的なニュアンスをもって捉えられるのである。

あるいは、精神疾患の破局的な影響から人生を回復していく内面的な成熟を示す～疾患からの完治を目指す、あるいは発症前と同様の状況に戻ろうとする過程ではない～、リカバリーという概念がある。これもまた、旧来の専門職が抱く障害・疾患像に対峙する⁴⁵⁾性質を持つ。とくに精神障害領域において、べてるの家の実践が精神障害領域において日本的なリカバリーの象徴であることは、べてるの家以外の人々によって多々語られている。

しかし、べてるの家の人々は積極的にリカバリーを喧伝しない⁴⁶⁾。それは、より個人的でオリジナルに表現される「自分の言葉」の大切さをあらわす⁴⁷⁾とはいえ、かたや常用語に付随しかねない社会的変革という含意から距離を取る意味もあっただろう。「『べてるの家』が売れたのは、『政治』から外れたところで活動を展開してきたその安心感から」と指摘する立岩⁴⁸⁾の言には本質をつく含意がある。

つまり、社会体制に対する消極的な立ち位置を示すこれらの記述から導けるのは、精神障害当事者が法・制度に対して一定の距離感を持ち、精神科ソーシャルワーカーもその距離感を共有しながら歩みを重ねてきた可能性である。

もちろん、それは演繹的（ソーシャルポリシ

ー）側面に限ったことではなく、帰納的（SW）側面でも然りであったろう。ここで述べたいのは、当事者の生活を改善させる立場から法・制度を利用する帰納的視点が優先され、当事者の社会的な状況の改革を法・制度に還元する演繹的な努力は次善に置かれた、という見方である。

ただし、以上より精神科ソーシャルワーカーは法・制度へつながる演繹的視座に対して確かに距離を置いている、と結論付けるのはまだ早計である。精神科医療に直接携わる医療者の立場を、再度吟味しなければならない。ここに、現代の精神科ソーシャルワーカーが距離を置いているようにうかがえる要因があるからだ。

もとより、精神科医療の場に限らず医療全般に法・制度は存在したものの、その内容はもっぱら資格や業務（医師法）、人員や施設の基準（医療法）にとどまっていた。しかし、1999 年に介護保険施設における身体拘束が原則として禁止されたり、2002 年にインフォームド・コンセントが診療契約上の義務として最高裁判決により確定したりするなど、医療者の行動を規定する法・制度が次々と登場した⁵²⁾。

精神科においても現場で自律的に発生する秩序に医療を任せず、行政指導を介した法・制度によって規制を行う方向が、たとえば書類や診療録への記載義務項目の増大としてあらわれている⁴⁹⁾。

すなわち、一般診療科に比べて精神科においては、法・制度に拮抗し得る医療者の行動規範が、必ずしも十分に機能していないことが法的パターンリズムの蔓延を招く一因なのである⁵⁰⁾。従って、この法的パターンリズムの課題を、医師や看護師といった狭義の医療専門職に絞ったテーマと捉えることは不可能でない。

加えて、ソーシャルワーカーが 1970 年代にかけて、社会医学の枠組み内における役割喪失を補うべく精神分析理論に接近する³⁷⁾といった心理力動への傾倒をみせたことで、人の内面に重きを置いて社会的状況（環境）と当事者（人間）への関わりへの認識を欠いた⁵¹⁾という反省があった。そのようななかでも、同じ 1970 年代より共同住居や作業所の活動が始まり、これらが補助金の対象とならない時代に精神科ソーシャルワーカーが積極的に活動を支えるという、効果的な実践を展開する過程から精神障害者の社会復帰運動のうねりが生まれた。

つまり、精神科における医療従事者の過去の怠慢や、往時の医療機関における PSW 実践の困難さと、やはり同じ時代の地域における確固たる足跡とが複合して、精神科医療と法・制度にまつわる課題に対する精神科ソーシャルワ

ーカーの距離感へ結びついたと言えよう。

以上をまとめると、現代において精神科ソーシャルワーカーは、先行する社会福祉学側のSWへの重点化に加えて精神保健福祉士という独自の国家資格を得て、これに医療者側の非が手伝い、ソーシャルワーカーとしての独自性を社会福祉学側から保障されつつ資格面で社会福祉士とは別個の基盤を持つとともに、かたや医療者が率先して取り組むべき課題としてソーシャルポリシーへのかかわりからも一定の猶予を担保されたのである。

このような、精神科ソーシャルワーカーの歩みのなかでも専門職として相対的に恵まれた状況のもとで、当事者や社会へ向けて果たす責務という形で自らの～社会福祉学とは異なる～独自性をますます明確にしていくはずが、精神保健福祉士養成カリキュラムや精神障害者にかかわる法・制度の相次ぐ制定・改正という時代のうねりに翻弄されてしまった、というのが実態であろう。

そうであっても、専門職の立場とは別に当事者の視点から政策への検証を加え続けるはずが、歴史的な不祥事による医療者の責務の重さゆえ、自らの対峙すべき課題としては個別的な事例の範疇に活動をとどめるうち、PSW領域の先達が成し遂げてきた法・制度へのステークホルダーとしての地位から遠ざかっていったのである。

つまり、歴史的に精神科ソーシャルワーカーは、社会防衛・隔離収容といった当事者への演繹的視座を退けていないし、現代においてもそうと明確に意識しているわけでない。他方、精神障害当事者を取り巻く現状が、昔も今も変わらずソーシャルポリシーへの目配りを要請し続けている、ということなのだ。

しかし、それらの懸念をすくい取る固有の学問的な基盤の確立が不十分であったため、学際をディシプリンへの拠りどころとしたとき、分野横断的な領域において精神科ソーシャルワーカーとしての独自性を打ち出す難しさに直面したのである。

それでも、非自発的入院や、それに密接に関わる保護者制度をはじめ、精神障害者にまつわる法・制度は政治家、法律家を巻き込んで昔も今も枯れることのない関心を集め、議論が重ねられている。そのような場に一人でも多くの精神科ソーシャルワーカーが参画し、また現場において、精神科ソーシャルワーカー自身が発言する以下のような意識を持つことが、精神保健福祉の「学」としての発展を確固たるものにするのである。すなわち、「任意入院の

患者から奇数年毎に同意書を取ることが制度化されたことを、どのくらいの精神保健福祉士が、退院への動機付けや入院後の思いを確認する契機として使う意識を持っているか」、「市長同意等の医療保護入院者の保護者印を、当事者を知らない者が押印することの怖さや長期化を招く必然性への疑問を理解し、悩む支援者はどのくらいいるか」⁴⁰⁾、また「なぜいまだに日本では何十年もの入院が必要な状況があるのか。そのような状況からは精神科医療への偏見はなくなる。精神科医療の改革の前に、われわれの意識改革や力量の再点検も必要である」⁴¹⁾といった意識である

以上、本章において精神保健福祉学の構築は、法・制度を活用する帰納的な視点の保持とともに、それらを新たな体系へあらためていく演繹的な努力によって果たされることを論じた。これらの理念の延長線上にある、現代の精神保健福祉学が取り組むべき具体的な課題について、次章でさらに述べていく。

【VI. 精神保健福祉学が注視すべき現代的課題】

2013年4月19日、精神保健福祉法の一部改正案を、政府は法案として閣議決定した。その後、参議院先議で第183回通常国会において5月28日から厚生労働委員会内の審議が始まり、一部修正のうえ6月5日に参議院本会議にて可決、6月13日には衆議院本会議で採決され同案が法として成立した。施行期日は2014年4月1日であり、法案に盛り込めなかった課題が検討規定として示された。

今回の改正は、懸案事項となっていた保護者制度の廃止がなされたものの、医療保護入院の要件に「家族等」の同意が設けられた¹⁹⁾という、見逃せない特徴を含んでいる。従来、医療保護入院は精神保健指定医による判定と保護者の同意を入院時の要件としてきたが、保護者ではなく「家族等」の同意が要件として残ることになったのである。「家族等」の同意は、配偶者、親権者、扶養義務者、後見人または保佐人であれば誰でも同意することができ、順位も定められていない。また、「家族等」がいない場合等の市町村長同意の規定も残されている。

この「家族等」と命名された「本人に代わり同意する者」を俎上にあげ、精神科ソーシャルワーカーが精神保健福祉学において論じるべき現代的課題を読み解いていく。その主たる論点は、精神保健福祉学が領域横断的な特質を有する以上、「実践現場での精神科ソーシャルワーカー（を含む多職種）の行為は、当事者の利益を目標として、職種間相互で検討された統一

的な営みでなくてはならない」という原則を確認することである。

当然ながら、精神科ソーシャルワーカー内での議論の完結を想定するものではないし、もとより実践現場は上記の原則のように運営されてきた。ここで、もし実践と研究の乖離を持ち出すのであれば、そのような実践の複雑さを研究が十分に分かちあおうとしないとき、研究者は実践者と肩を並べることができなくなるのだ。ソーシャルポリシーを注視しつつ、ともにSWにおける「研究的臨床実践家」であろうとするならば、なおさらである。

さて、もともと保護者の廃止については、これに代わる制度として、たとえば精神科医の立場²⁰⁾から提出された「入院の判断は医療者(精神保健指定医)1名が行い、72時間以内に入院医療機関以外の精神保健指定医が事後的に入院判断の検証を追加する」といった試案、あるいは弁護士²¹⁾の立場から出された、「精神保健指定医2名による判断」が当初より必要だとする提案などがあり、双方に通底するのは「現在行われている(筆者注:2013年改正前の規定による)医療保護入院の手続きは、精神保健指定医1名、しかも当該入院医療機関に所属する医師の判断のみによって行われているという実情に対する修正である。

すなわち、このような精神保健指定医は病院管理者と同一人であるか、その指揮監督を受ける立場にあって、事実上管理者の裁量によって入院と退院が判断され、中立な立場にある第三者が入院の必要性を判断できる状況になっていない」という発想²²⁾である。

他方、厚生労働省内に設置された作業チームで「保護者制度・入院制度の検討」が行われ、保護者制度の廃止と、その際の強制入院のあり方について基本的な考え方が厚生労働省より示された(2012年5月8日)²³⁾。そこでは、保護者の責務規定を改正法のなかで「原則として存置しない」とまとめたうえ、精神保健指定医2名の診察は「望ましいとしても実効性に課題がある」として、「精神保健指定医1名による判断」と「精神保健指定医以外の誰かの『同意』または『関与』」のひな形を示し、その誰か、の例として「地域支援関係者」の文言を付与した。

これへ、日本精神保健福祉士協会²⁴⁾は、「医療保護入院に代わる非自発的入院制度および退院支援への『関与』の責務を果たします」、「精神科ソーシャルワーカーは医学的判断に同意できるのか、『NO(ノー)』、疾患や症状を診断する専門性を持つ職種ではない」とし、

「入院時の手続きについて～誰が『同意』または『関与』をするか～」と題して、「1.入院の可否は現行制度同様に精神保健指定医の診察による判断に基づくものとし、精神保健指定医は、入院の可否判断をする際に、医療機関の精神保健福祉士によるSWの観点に基づく意見を必ず聴くものとする、2.医療機関の精神保健福祉士は本人および家族等と面接しSWの観点から、地域生活の維持について必要な情報提供や心理社会的アセスメントを行い、精神保健指定医に意見を述べるとともに、その内容を入院届けに記載する」との声明を發した。

加えて2012年10月29日には、あらためて協会長名で「新たな入院制度に関する本協会の見解」を發表し、「保護者に代わる同意者の機能を精神保健福祉士は担ってはならない」¹⁷⁾と重ねて表明した。

その背景には、「『クライアントのために』との思いで取った行動が、結果的にクライアントの人権侵害をもたらした」、「パターンリズムのなかにある加害者性」、「精一杯に実践を行っていた精神科ソーシャルワーカーに青天のへきれき」²⁵⁾というY問題のかつての経緯がある。これらを鑑みれば、精神科ソーシャルワーカーの職能団体である日本精神保健福祉士協会として、上記の意思表示は歴史的な一貫性を持った態度とみることができる。

では、これを精神保健福祉学の観点から捉えてみる。精神保健福祉学は領域横断的な学である。また繰り返すが、精神科医療の実践現場は多職種が集う学際現場であり、そのなかには当事者の姿がある。つまり、現場における一つひとつの専門職の働きは、すべからず他の職種との相互作用によって規定されるのだ。

精神科ソーシャルワーカーに加え医師、看護師、作業療法士、臨床心理士など、精神科病院への非自発的入院医療は多くのマンパワーのもとに成り立っている。どの専門職についてもこの規定のあり方は共通する。そして、多職種が存在する現場において、すべての職種のアイデンティティを満たす支援方法には限りがある。そこに、精神保健福祉学の立場から、法・制度を論じるべき「課題」が姿をみせるのだ。

すでに表面化した精神保健福祉法における具体的な論点、ここでは移送制度を通して、前記の「課題」の内容を吟味する。さて、精神保健福祉法(第34条)による医療保護入院等のための移送は、1999年の精神保健福祉法改正によって創設された。かつて、「精神科病院では入院のための往診が日常的に行われていたが、患者の人権を侵害する行為として『患者狩

り』と揶揄されるようになって途絶えていき、病識のない精神障害者を抱えた家族が精神科病院に相談に行くと、本人が来院すれば診察するといった言葉を聞くことが多くなった。家族に本人を受診させる力があればよいが、高齢化・孤立化した家族には受診させることが難しく、そのため警備会社や民間の患者搬送業者に入院援助を依頼する事例が出てきた¹⁰⁾ なかで設けられた制度である。

移送は、すぐに利用を図る性質のサービスでなく、「相談過程において本人が納得して受診できる可能性を根気強く探る」、「家族の悩む過程に寄り添う」⁴²⁾ 姿勢が問われる、精神障害当事者にとっても、精神科ソーシャルワーカーにとっても微妙かつ重要なテーマである。

移送の現場に臨む精神科ソーシャルワーカーの長谷川⁶⁾ は、自らの苦悩を以下のように記している。「入院を想定した受診の可否をめぐっては…対応した精神保健福祉士としての判断も問われる。相談された精神科医も…病状を推測して入院の適否の可能性を判断することになる。精神保健福祉士は、生活への影響からの判断が求められる。このままいくとどのような生活になるか、治療へ踏み込む必要があるのではないかとといった点から、生活を支援する専門職としての精神保健福祉士の判断は避けられない」、「本人にとっての『最善の利益』が、家族や精神保健福祉士の自己決定を担保しようとする姿勢で、置き去りにされることはないのだろうか」と危惧する。

このような立場から導かれる、「どこまで行っても、精神保健福祉士の懸念は、『Y 問題』になっていないのだろうか？」⁶⁾ とする臨床的な問い立てこそ精神保健福祉学の立場にいる者は実践者であれ、研究者であれ重視すべきなのだ。

つまり、同意であるか、関与であるかは法的に検討されることだが、それがいずれであっても、精神科ソーシャルワーカーの見立てによって精神保健指定医の医療保護入院にかかわる判断が影響を受ける ～そうでなくては、精神保健福祉士としてそこに在る意味に乏しい～のである。つまり、同意でなく関与であることが、精神科ソーシャルワーカーの「Y 問題ではないのか」の疑念を晴らす鍵にはならないのだ。

そしてこの臨床的な問い立てに対する答えは、あくまで精神科ソーシャルワーカーとしての歴史を踏まえながらも、当事者の利益のため非自発的入院の判断に対する実質的なかわりを直視するならば、精神科入院医療へともに携わる他職種との関係性のなかで模索されね

ばならない。なぜなら、精神保健指定医は精神科ソーシャルワーカーの他にも看護師をはじめ、複数の職種から情報を得て非自発的入院に関する判断を行っているからである。

したがって、職種横断的な検討によってはじめて、精神科ソーシャルワーカーの実践が、精神保健指定医を通して当事者へ与えた影響を明らかにできるのである。

そこで職種横断的に語られるテーマは、「精神科ソーシャルワーカー(を含む多職種それぞれ)の当事者へのかかわりは、彼(女)らの人権を侵害していないか」である。これは、先の職種内での共通基盤で語られる「そのかかわりが『同意』か『関与』か」とは、語りあう対象(精神科ソーシャルワーカー、あるいは精神保健福祉士のあいだ vs. 精神科入院医療へともに携わる他職種との関係性)と、主題の重点(法内における規定 vs. 当事者の人権)が異なっている。

もちろん、どちらが正しいとか、あるべき姿かといった話ではない。PSW の実践者と、精神保健福祉学の研究者がともに「研究的臨床実践家」であるならば、多職種協働の臨床現場における問い立てこそが論考の起点になる、ということだ。

このように移送における問題点は、今回の精神保健福祉法の改正での医療保護入院における「同意と関与」に類似した図式で捉えることが可能であり、加えてこの移送の課題こそ、2013 年の改正で(頭書の)施行後 3 年をめぐりに改正法の施行の状況を踏まえて見直しを図らねばならない検討規定に、「医療保護入院における移送及び入院の手の在り方」として盛り込まれているのである。

職種の壁を超えた議論を通して、精神科ソーシャルワーカーや関連職種の苦悩が軽減し、改正法のなかで医療保護入院の当事者の尊厳を守りつつ彼(女)らとかかわっていけるようになるなら、また、移送場面でのスムーズな協働が実現するなら、そして法・制度そのものを当事者へさらに資する形へあらためていけるなら、精神保健福祉学は当事者、実践者、研究者に共通した「知恵」の発信源として、確固たる存在となるに違いない。

医療保護入院や移送の他にも、第三者(弁護士、司法書士等)による成年後見の拡大や、単身で精神障害者へのアウトリーチ支援に携わる職員の安全など、領域横断的に評価すべき課題は少なくない。

まとめると、法・制度で特有に枠付けられた精神科医療の臨床現場における、PSW 実践者

としての職種固有の歴史的立場と、当事者のため他職種との協働の間で生じる葛藤こそ、精神保健福祉学の中で論じられる主題としてふさわしい。なぜなら、精神保健福祉学における精神保健福祉は、一職種の国家資格名称というよりは、学際領域における当事者の問題解決へ向けた理論だからである。

【VII. おわりに】

2005年に成立した障害者自立支援法（現・障害者総合支援法）において、精神保健福祉法内の社会復帰施設が移行する際、精神保健福祉士の配置は定められなかった。一方で、同じく2005年に施行された心神喪失者等医療観察法においては、日本精神保健福祉士協会等の反対にもかかわらず成立をみたうえ、社会復帰の促進が謳われているものの社会防衛色の濃い同法へ精神保健参与員や社会復帰調整官として精神保健福祉士が組み込まれるに至り、地域精神保健福祉活動と再発予防のための観察という矛盾する役割を担わねばならなくなった³⁹⁾。

とはいえ、そのような法・制度の不完全さやパターナリズムを批判するにとどまらず、また当事者の利益と法の遵守を鑑みつつ、必要な施策は生かし、残してあらためていかねばならない。そのような使命は精神障害者へ向けた支援に携わる者すべての責務であり、精神科ソーシャルワーカーもまたそれを免れない。

変革の時期であるからこそ、PSW実践の現状を当事者の視点から振り返りつつ、まさに彼（女）らの生活の向上に資する精神保健福祉学としての固有性を問わなくてはならないし、筆者もそれに対し微力ながら尽くしていければ、と思っている。

稿を終えるにあたり、本研究に多大なるご支援を賜りました公益財団法人 明治安田こころの健康財団に対し、心より謝意を表します。

【文献】

- 1) Anthony, W.A., 濱田龍之介: 精神疾患からの回復 -1990年代の精神保健サービスシステムを導く視点-. 精神障害とリハビリテーション, 2(2); 145-154, 1998.
- 2) 藤井美和: ヒューマンサービス領域におけるソーシャルワーク研究法. ソーシャルワーク研究, 29(4); 278-285, 2004.
- 3) 藤井達也: ソーシャルワーク実践と知識創造. 社会問題研究, 52(2); 101-122, 2003.
- 4) 古川孝順: 社会福祉学研究法とソーシャルワーク研究法. ソーシャルワーク研究 29(4); 254-261, 2004.

5) 後藤雅博: 「リカバリー」と「リカバリー概念」. 精神科臨床サービス, 10(4); 440-445, 2010.

6) 長谷川千種: 精神科病院への「移送問題」にかかわる精神保健福祉士の葛藤. 精神保健福祉, 44(2); 98-100, 2013.

7) 広田和子: PSWの今後に注目したい. こころの科学, 88; 70-74, 1999.

8) 平塚良子: ソーシャルワーカーの実践観 -ソーシャルワークらしさの原世界-. ソーシャルワーク研究, 36(4); 316-323, 2011.

9) 井原 裕: 精神科臨床における法と倫理の峻別. 精神科治療学, 19(4); 489-497, 2004.

10) 伊東秀幸: 精神保健福祉法第34条による移送制度の現状と課題. 田園調布学園大学紀要, 5; 41-56, 2010.

11) 岩間文雄: セルフヘルプ・グループと専門職の協働のために. 関西福祉大学研究紀要, 2; 141-154, 2000.

12) 岩間伸之: ソーシャルワーク研究における事例研究法 -「価値」と「実践」を結ぶ方法-. ソーシャルワーク研究, 29(4); 286-291, 2004.

13) 岩尾俊一郎: 保護者制度廃止までに考えておくべきこと. 精神神経学雑誌, 114(4); 415-420, 2012.

14) 岩崎 香: 精神保健福祉士の養成と研修における課題と展望 -権利擁護をどう伝えるか-. 社会福祉研究, 109; 47-55, 2010.

15) 岩崎晋也: 序論. 岩田正美・監, 岩崎晋也・編著, リーディングス日本の社会福祉 1, 社会福祉とはなにか -理論と展開-, 日本図書センター, 3-40, 2011.

16) 岩田泰夫: ソーシャルワーク実践論 -精神障害者の生活の障害の検討を中心として-. ソーシャルワーク研究, 17(4); 251-258, 1992.

17) 柏木一恵: 新たな入院制度に関する本協会の見解. 日本精神保健福祉士協会. URL: <http://www.scn-net.ne.jp/~maison-m/sintyaku/12-10pswkenkai.doc>, 2012年10月29日.

18) 北川清一: エビデンス・ベースト・プラクティスと児童養護施設における利用者支援 -クリティカル・ソーシャルワークの立場からの覚書-. ソーシャルワーク研究, 34(1); 63-70, 2008.

19) 木太直人: 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正. 精神保健福祉, 44(2); 117-119, 2013.

20) 吉川隆博: 精神保健福祉施策の現状と課題 -精神保健福祉士に期待すること-. 精神保健福祉, 40(3); 197-204, 2009.

21) 小柴順子: 精神保健福祉士に期待するもの. 川崎医療福祉学会誌, 10(1); 9-15, 2000.

22) 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部: 第27回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム及び新たな地域精神保健医療体

制の構築に向けた検討チーム（第3R）「保護者制度・入院制度の検討」に係る第14回作業チーム資料。URL: <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000029sqt-att/2r98520000029suq.pdf>, 2012年5月8日。

23) 久保紘章: いわゆる「対象者」とその家族による大学での講義の試み。ソーシャルワーク研究, 9(3); 62-67, 1983.

24) 久保紘章: 「対象者」と家族による大学での講義 - 「社会福祉学特講 E」の授業について -。四国学院大学論集, 65; 64-80, 1987.

25) 松澤和正: 「研究的臨床実践」の実現に向けて。医療社会福祉研究, 20; 23-25, 2012.

26) 三野善央: 精神障害者リハビリテーションと根拠に基づく実践。精神障害とリハビリテーション, 10(1); 47-52, 2006.

27) 向谷地生良: 仲間の力 - 浦河における精神科リハビリテーションプログラムへの当事者参加の現状と意義 -。精神療法, 28(6); 698-704, 2002.

28) 日本弁護士連合会: 精神保健福祉法の抜本的改正に向けた意見書。URL: http://www.nichibenren.or.jp/library/ja/opinion/report/data/2012/opinion_121220_2.pdf, 2012年12月20日。

29) 日本精神保健福祉士協会: 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チームにおける「保護者制度・入院制度」に関するヒアリング資料。URL: <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000029sqt-att/2r98520000029syb.pdf>, 2012年4月27日。

30) 西澤利朗: 制度と実践の関係 - 精神保健福祉士の実践 -。精神保健福祉, 44(2); 86-89, 2013.

31) 野中 猛: リカバリー概念の意義。精神医学, 47(9); 952-961, 2005.

32) 大橋謙策: わが国におけるソーシャルワークの理論化を求めて。ソーシャルワーク研究, 31(1); 4-19, 2005.

33) 大西次郎: 精神医療における倫理の, 法に対する脆弱さを懸念する。精神医学, 49(8); 870-872, 2007.

34) 大西次郎: 精神保健福祉学の構築 - ソーシャルワークに立脚する実践科学として -。精神保健福祉学, 1; 4-17, 2013.

35) 大野和男: わが国における PSW の歴史。精神保健福祉士国家資格化の経緯。改訂 これからの精神保健福祉, 日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会・編, へるす出版, 34-52, 1998.

36) 大野和男: 精神保健福祉士が果たしてきたこれまでの役割と今後の期待。臨床精神医学, 36(2); 139-148, 2007.

37) 大瀧敦子: 医療ソーシャルワークが支援対象とするもの - 半世紀の事例集から考察する

医療福祉の対象論 -。社会福祉研究, 100; 120-128, 2007.

38) 大瀧敦子: ソーシャルワーク研究における帰納的研究方法の意義と課題 - 「当事者研究」を通しての考察 -。ソーシャルワーク研究, 35(2); 114-121, 2009.

39) 大谷京子: 精神科ソーシャルワークの歴史的背景と現状。ソーシャルワーク研究, 33(2); 95-101, 2007.

40) 大塚淳子: 地域生活への移行支援を権利保障としてとらえる。精神保健福祉, 40(2); 93-96, 2009.

41) 大塚淳子: 精神科医療の動向と改革の方向性 - 生活の支援としての精神科医療となり得ているのか -。精神保健福祉, 41(2); 80-83, 2010.

42) 大塚直子, 川口真知子, 菊池 健, 岩崎香: 民間移送業者による「移送サービス」を利用した受診導入に関する実態調査。精神保健福祉, 40(4); 353-357, 2009.

43) 佐藤三四郎: 社会防衛としての精神医療 - 精神保健福祉法制の変遷を中心に -。精神保健福祉, 33(1); 5-10, 2002.

44) 芝野松次郎: ソーシャルワーク研究における評価研究法 - マイクロレベル実践における評価調査を中心として -。ソーシャルワーク研究, 29(4); 292-301, 2004.

45) 島田千穂, 木村真理子, 野中 猛: ワークショップ参加後の変化の認識からみたりカヴァリのプロセス - 自己概念・社会的関わりに焦点を当てて -。精神障害とリハビリテーション, 10(1); 60-66, 2006.

46) 高畑 隆: ピアサポート - 体験者でないとは分からない -。埼玉県立大学紀要, 11; 79-84, 2009.

47) 高畑 隆: 患者と作る医学の教科書。埼玉県立大学紀要, 12; 143-148, 2010.

48) 田代国次郎: 社会福祉「専門性」への素朴な提言。社会福祉学, 12; 79-84, 1972.

49) 立岩真也: これからのためにも, あまり立派でなくても, 過去を知る。精神医療 第4次, 67; 68-78, 2012.

50) 津田耕一: 実践と研究との架け橋 - 実践と理論との融合を目指して -。社会福祉学, 49(1); 127-130, 2008.

51) 谷中輝雄: 精神障害者福祉とソーシャルワーク - 精神医学ソーシャルワーカーの活動の軌跡 -。ソーシャルワーク研究, 25(4); 301-307, 2000.

52) 横藤田誠: 医療における法規制と倫理。日本放射線技術学会誌, 60; 1045-1049, 2004.

53) 米本秀仁: 社会福祉とソーシャルワークの関係原論。社会福祉学, 52(4); 107-110, 2012.

- 以上 -