

英国におけるPSWの義務と権限について

Legal Duties and Powers of Psychiatric Social Workers in England

藤原正子*

Masako Fujiwara

I. はじめに

1987年に改正された精神保健法のモデルの一つは、英国精神保健法Mental Health Act 1983であったといわれる。この英国精神保健法の要点は、とくに人権擁護の視点から一つはan Approved Social Worker (指定ソーシャル・ワーカー)を法定化したこと、もう一つは a Mental Health Review Tribunal (精神保健審査法廷)の新設であった。後者をメディカルモデル的に修正されたものが日本の法改正時に精神医療審査会 (a Psychiatric Review Boards)として取り入れられたが、内容、運営ともかなりの差異があることはよく知られている。本論では英国精神保健法にみるPSWの義務と権限について条文に基づいて見直し、現在その問題点が指摘されている日本の医療保護入院など非自発的入院制度と保護者の義務および成年後見制に関する問題を考えるために、英国でのPSW実習経験を踏まえながらまとめてみた。法と精神医学を専攻しているわけではないので、不十分な点も多いかと思う。ご指導ご訂正をいただければ幸いである。

II. 指定ソーシャル・ワーカーの義務と権限

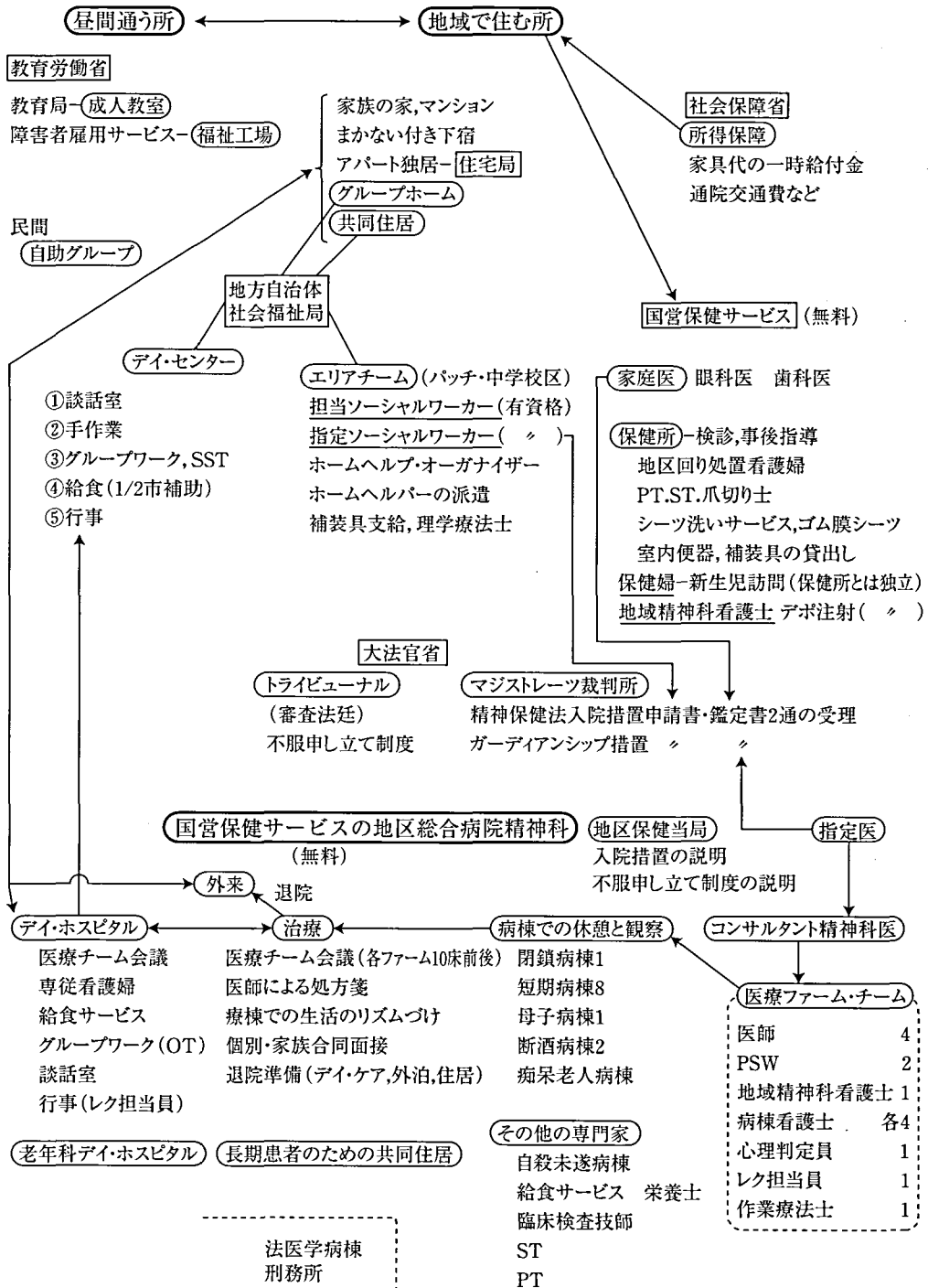
指定ソーシャル・ワーカー (an Approved Social Worker, ASW)とは、精神保健法(以下、英国精神保健法を指す)で規定された任務を遂行するために地方自治体の社会福祉局長より任命さ

れた公務員である。法改正時には国立総合病院精神科に地方自治体の社会福祉局から有資格ソーシャル・ワーカー (qualified social workers)が志向していた。その後、1988年頃より、サッチャー政権時代の財政的理由から、例えば新設の地域精神保健チームでチーム・リーダーとして病院の外に事務所を置いて病院内外で活動することになった。この地域精神保健チームの所属は地方自治体社会福祉局である。この動きは全国画一ではなくて、別の地方自治体では日本の中学校区に相当する地区ごとに置かれている社会福祉事務所に配置されていた有資格ソーシャル・ワーカー (patch workers)の中から、指定ソーシャル・ワーカーで構成する地域精神保健チームを編成し、そこから各社会福祉事務所に志向する形をとっている。いずれにしても、ソーシャル・ワーカーの活動拠点は地域であり、患者が生活者として地域に暮らし、入院している間も、一貫して関わりを持てるようになっている【図1参照】¹⁾。

1999年4月15日に出された精神保健法再審議専門グループ (Mental Health Act Review Expert Group)からのドラフトによると、今年末予定の16年ぶりの法改正では措置を従来の強制入院に限らず、地域でも事前評価のための強制措置をすることができるように審議が進められている。その場合、強制入院措置のための鑑定書を従来の医師二人からの医学的推薦書にかえて、一人の医者ともう一人の指定された専門職²⁾による2通の推薦書を精神保健審査法廷に提出することになる。そ

*助教授

図1 精神障害者に対する福祉保健医療施策一覧



の精神保健審査法廷には法律家が今改正で導入されようとしている。精神保健法委員会 (the Mental Health Act Commission) には専属の機動

力のある医者 (Second Opinion Appointed Doctors) が指名されており、その医師によるセカンド・オピニオンが従来の2通目の医学的推薦書

に取って代わるものとされる案が出されている。措置決定権を精神保健審査法廷の医師に完全に移行させることによって、主治医と患者とのよい関係を保持しようというのである。また、ここで精神保健法委員会の医師は法手続き上提案されてきている措置内容が、精神医学上実際的かどうかの判断をも問われる。

更にこの提言草稿案によると、事前評価のための措置を入院のみならず、地域での措置に拡大したことの理由として、①病棟での身体的拘束を必要としないケースが多く予測されること、②事前評価が病棟で行われるよりも家庭やデイ・センター³⁾において行われる方がよりの確な事前評価になるだろうと精神保健法審議委員会は述べている。

以下、法文に沿って指定ソーシャル・ワーカーの義務と権限を概括する。

1. 査察 (inspection) の権限

1) 査察の権限とは、地域で生活している精神障害者 (mentally disordered) が、適切なケアを受けていないと判断される正当な理由がある場合に、指定ソーシャル・ワーカーは担当地区の患者の居住地に立ち入って査察する権限を持つ (法第115条) ことである。

2) 立ち入り調査および移送の令状とは、精神障害 (mental disorder) をわずらっていると考えられるに十分な理由が明らかな場合に、最高法院判事の命によって拘留されている者が①誤った扱いや遺棄、あるいは不適切な管理をされている場合に、また、②自分で身辺自立が不十分なために自活できない状態に置かれている場合に、治安判事は指定ソーシャル・ワーカーが当該者のいる施設内に立ち入り、または必要に応じてその人が治療とケアを受けられるよう、(裁判所の命令による強制入院を含む) 安全な場所に移動できるように令状を発行することができる (法第135条1項)。

2. 再入院の権限

1) 無断で退院した患者を連れ戻して再入院させる権限とは、地方公務員である指定ソーシャル・ワーカーや医師 (medical officers)⁴⁾、または国

家公務員である病院の管理者⁵⁾であれば誰でもその患者を再入院させることができることである (法第18条)。

2) 警察官あるいは指定ソーシャル・ワーカーは、拘置所から逃走した患者を再入院させる権限を有する (法第138条)。

3. 強制入院に関連する指定ソーシャル・ワーカーの義務と権限

1) 強制入院 (第2条による事前評価のための入院、第3条による治療のための入院、第4条による緊急入院) やガーディアンシップ (法第7条による財産保全サービスなどの地方自治体社会福祉サービスと成年後見制とを兼ね備えたもの) のための申請書を作成すること (法第13条1項)。

2) 申請書の作成に当たり、適切なマナーに則って患者に面接すること。また、患者が今必要とする最適なケアと医学的治療は強制入院によってしか保障できないと指定ソーシャル・ワーカー自身が了解すること (法第13条2項)。

3) 患者が指定ソーシャル・ワーカーの担当地区外にいる場合には、そこまで出向くことができる (法第13条3項)。

4) 地方自治体社会福祉局の義務として; 管轄内に居住する患者の最直近親族に強制入院の可能性も含めて指定ソーシャル・ワーカーの訪問を依頼された場合に、迅速にソーシャル・ワーカーを派遣すること。訪問した指定ソーシャル・ワーカーが強制入院の申請書を書かないと判断した場合には、その理由をその親族に対して書面で説明すること (法第13条4項)。

5) 面接は申請書提出前14日以内に行われていること (法第11条5項)。

6) 緊急措置入院の場合は入院前24時間以内に面接されていること (法第4条5項)。

7) 事前評価のための強制入院の申請書を提出するに当たり、申請する (した) 事実を最直近親族に説明すること。また、法第25条1項の「自傷他害のおそれ」がない限り、最直近親族には患者を退院させる権利があること (法第23条2項のa) を伝える義務がある (法第11条3項)。

8) その親族が強制入院に反対している場合でも、最直近親族に意見を聞かずに指定ソーシャル

・ワーカーが治療のための強制入院やガーディアンシップの申請書を作成し、提出するようなことがあってはならない（法第11条4項）。

9) 申請書の作成は、州裁判所による最直近親族・同居人・または指定ソーシャル・ワーカーの指名を受けてから行うこと（法第29条2項）。

10) 州裁判所の指名によりガーディアンシップを委託されている個人が、その職務に怠慢であったり、患者の福祉に反する行為が見られた時には、地方社会福祉局あるいは当局によって別の者が任命され、ガーディアンとしての権限を移譲される（法第10条3項）。

11) 申請書の修正は署名者によって14日以内に行われる（法第15条）。

12) 申請者には患者を病院へ移送する権限がある（法第6条1項、第40条1項）。

13) 公共の場で緊急のケアを要するような精神障害をわずらったと思われる人が見つかった場合、72時間以内に指定医と指定ソーシャル・ワーカーが必要な治療とケアを調整するために診察・面接を行う（法第136条2項）。

Ⅲ. 指定ソーシャル・ワーカー及び指定されていない有資格ソーシャル・ワーカーの役割

ここでは指定されているかどうかにかかわらず、従来その患者と家族のことをよく知っている地区担当のソーシャル・ワーカーが担う役割のことである。

1) 社会生活報告書（a social report、日本で言うところの生育歴を含む）を地区保健当局に提出すること（法第14条）⁶⁾。

2) 精神保健審査法廷に社会生活報告書を提出すること（規則6附則1）。

3) 入院中に親族が患者を面接するように調整すること（法第116条）。

4) 退院後のアフターケア・サービスを調整すること；治療のための強制入院を経て退院するにあたり、地区保健当局、及び、地方自治体社会福祉局の義務として民間施設をも駆使してアフター・ケアに努めること（法第117条）。

Ⅳ. 地域生活を支えるガーディアンシップ

ここでいうガーディアンシップとは、法第7条に基づくものであり、地方自治体社会福祉局による財産保全サービスなどの地域生活支援機能と、いわゆる日本で今日言われているところの成年後見制機能とを併せ持ったものである。1983年英国精神保健法で言うところのガーディアンシップの法的権限は、元来、王立委員会による勧告（Command, 169, 第387, 399, 400, 411節）に基づいている。病院外でのケアとは、通常、指導と援助を受けながら、適切な雇用や訓練が受けられるようにすることである。しかしながら、訓練や社会的な援助を受けることを嫌がる患者の場合、特定の人の保護のもとでならうまくやっていると見込みがあると思われる時には、ガーディアンシップを措置することがむしろ適切であると考えられている。後見制を伴ったケアとは、そもそも強制入院や長期入院の更新に代わるものとして、軽症であったり、慢性の精神疾患の一部の患者に適用されるものとして王立委員会において提案されたものである。

実際の運用は自治体による格差もあり、王立委員会としては地域における精神科サービスの一環として後見制がもっと運用されるようになることを期待している。とはいえ、従来の後見制は最重度の知的障害者のために活用されてきたものであり、ごく少数の精神疾患を持つ人に限ってのみ適用されるべきものだと考えられている（Command 7320、第4条5節、第4条7節）。すなわち、法第7条2項の措置対象の中に知的障害は含まれていないので、過度の攻撃性や重度の無責任な行為を伴わない限り、本法では知的障害というだけでは後見制を考慮することにはならない。そこで、強制入院であれ、自発的入院であれ、退院後に密接な保護監督のニーズがあり、精神障害の結果として地域生活上、何らかのコントロールの必要性がある場合に後見制措置をする。例えば、服薬中断傾向や、その人の地域生活が自棄的で心身の健康を危機的に害するおそれがある場合に後見制を考慮する。とはいえ、このことは決して精神疾患をわずらっているからとか精神病質者（psychopath）

代わるものとして、もっと後見制を活用することを提唱している。しかし、このことは実務担当者が後見制をどのようにとらえているかによって活用の仕方が左右されているのが実情である⁷⁾。

英国では16才以上の患者が後見制の対象となり、児童については児童青年法の中で取り扱われている。後見人は、ソーシャル・ワーカーが雇用されている地方自治体の社会福祉局か、社会福祉局が認定した後見人のいずれかが任命されることになっている(法第7条5項)。

後見措置の解除については主治医か社会福祉局または最直近親族が行うことができる(法第23条2項のb)。そして、当事者自身は精神保健審査法廷への申し立てができることになっている(法第66条1項)特筆すべきこととして、最直近親族は後見措置の解除権を持っているために申し立て権は付与されていない。

また、外来で後見人を措置されている患者を受診させる権限を後見人は持つものの、治療を受けさせる権限は持たない。治療を受けるかどうかは患者本人と治療者との間でのインフォームド・コンセントに委ねられるのである。後見人に求められるのは精神障害を持つ患者の社会的な障害やニーズを受けとめ、適切な共感的態度で患者のケアを行うことである。当事者の心身の健康の増進に関心を持ち、住居や治療、教育、訓練、雇用、レクリエーションや全般的な福祉について適切な方法で調整できる人物が求められているのである(法第8条)。なお、ガーディアンは本人や選任をうけた医師や指定ソーシャル・ワーカーに対して面会を求める権限を持つ(法第8条1項のc)。同時に、地方自治体社会福祉局はガーディアンが必要な資源をうまく選択しうるように指導面、その他、資源面での支援や訪問の手配などが法的に課せられている(法第117条2項)。さらに、ガーディアンは本人の定住する住所と選任を受けた医師の連絡先、及び、本人が死亡した場合にそのことを地方自治体社会福祉局に知らせる義務を負う(覚書第48節)。

ガーディアンシップの申請には14日以内に書かれた診断書を添付し、地方自治体社会福祉局が受理した後、14日以内ならばその訂正が可能である。ガーディアンシップ下に置かれている患者が

自発的入院となった場合にはそのガーディアンシップはそのまま継続される。また、事前評価のための強制入院、あるいは緊急入院に措置された場合もガーディアンシップは継続される。ただし、治療のための強制入院になった場合にはガーディアンシップは終了となる。

患者が浮浪状態にあたり、負傷のおそれがある場合にガーディアンは当該患者を適切な所に定住させる法的義務を負う。だからといって、患者を抑留したり、日中鍵をかけて閉じ込めるといような権限は持たないし、また入院させればよいというものでもない。ガーディアンシップはあくまでも長期入院の予防に資するためのものだからである。患者が地域に暮らして、ガーディアンの同意を得ずにその地を離れた場合には、拘置所に保護され、28日以内に本来定住すべき場所へ連れ戻されることになっている(覚書第46節)。

それでもなお、患者の状態が悪化した場合にはガーディアンシップを継続しながらも28日以内で事前評価のための強制入院を考慮すべきとされている⁸⁾この場合ガーディアンが患者に面会することを妨げられるようなことがあった場合には、法第129条違反となる。ガーディアンがケアを怠った場合には地方自治体社会福祉局はガーディアンを変更することができる(法第10条3項)。また、ガーディアン自身が病気などの理由で中断する場合には、後任のガーディアンを選出する(法第10条2項)。

V. よき実践 (Good Practice⁹⁾) に向けて ——ソーシャル・ワーク実践上の問題点

1. 最直近親族と指定ソーシャル・ワーカーの関係

先ず、たいいていの場合、患者の親族は身内の患者が入院させられることについて不安がっている。できればソーシャル・ワーカーに下駄を預けたいと思っているかもしれない。そこで、ソーシャル・ワーカーは最直近親族が現実と直面できるように励まし、家族の必要性に応じて入院のための責任が果たせるように支援することが要求されてくる。もちろん、患者自らが必要に応じて自

発的入院を選択できることがより望ましい。しかし、英国の1983年精神保健法には自発的入院について何ら記されていない。例えば、最直近親族は非自発的入院に当って、指定ソーシャル・ワーカーと同等の法的権限を持つものである（法第11条1項）。日本では保護者制度が家族に過重な法的責任を強いてきた。英国においては、指定ソーシャル・ワーカーが申請書を作成すると受理されやすいからといって法的に手続きをすすめてしまうのではなく、いかに家族に理解してもらった上で法的手続きをすすめるのかが問われてきた。そこで、患者を退院させる権利についても自ずと限定されてくる。つまり、家族が感傷的に退院させてしまうのではなく、患者の治療とケアについて親族の立場からより客観的に見つめる目を育むことが要求されるのである。患者にとって何よりも大切なのは、家族との良い人間関係が保たれることであり、ソーシャル・ワーカーとの関係が優先されるようなことがあってはならないとされていた。

ところが今回の英国法改正案では、日本の法改正と歩調を合わせたかのように、従来あった最直近親族の強制入院の申請書及び退院させる権限はなくなる方向のようである。ただし、患者の希望する代弁者として親族や友人、世話人などの中から指名する体制が考えられている。そのためにも訓練を受けた代弁者を派遣する機関の設置が提言に盛り込まれている（改正草稿案第33節）。

2. 患者にとって最も適切なケアを提供するために

本法で見る限り、入院中の患者の治療内容や適切な退院の時期については何ら明記されていない。患者が必要とする医学的治療内容については、強制入院の申請書を作成するに当たり指定ソーシャル・ワーカーが面接するのに先立って、それとは別に行われる指定医と家庭医¹⁰による診察に基づいて提出される医学的推薦書で示されているのであろうし、実務規約法にもガイドラインが示されている。それにしても、「患者にとって最も適切なケアを提供する方法」について、強制入院以外の可能性とは何なのか。家族的・経済的・社会的・文化的視点から患者の人権を守りつ

つ、何が提供できるのかをソーシャル・ワーカーは常に問われている。

例えば、法第117条2項に掲げられている強制入院に代わる施設の可能性の一つとして、危機的状況が主に社会的理由によると指定医が判断した場合に紹介する社会資源先として「危機介入チーム」という名の社会福祉施設がある。それはコヴェントリー市社会福祉局と当該地区保健当局との合同出資企画によるものであり、そこは集中家族合同面接機能とショート・ステイ機能及びデイ・ケア機能などを合わせ持った施設である。1983年の開設当初半年間の調査では、紹介してきた指定医や家庭医の回答によると、もし、「危機介入チーム」が存在しなかったならば、65ケース中34ケースは精神科病棟へ入院になっていたとのことである。つまり、「危機介入チーム」はその地区の年間精神科入院病床総数の8%に当たるベッド数を一社会福祉施設において提供した。

3. チーム・ワークとケース合同ミーティング

チームの構成員として多職種が配置されていることはチーム・ワークの大前提であるが、その多職種が置かれているということだけではチームを組んだというスタート・ラインに立ったにすぎない。いかにそのチームをうまく走らせるかの鍵は、英国の場合、毎週日常的に定例で持たれるケース合同ミーティングを継続させることにある。

例えば、ある地区総合病院の精神科には、閉鎖・開放・産褥期母子・アルコール・老人性痴呆などの複数の病棟と、長期慢性患者のための院内共同住居、及びデイ・ケア（精神科と老人性痴呆）部門があり、ここでは各病棟ごとではなく、各コンサルタント精神科医ごとにファーム・チームが組まれている。

あるファームでは、コンサルタント精神科医、指定医、指定ソーシャル・ワーカー、病棟またはデイ・ケア看護婦（士）、地域精神科看護士（Community Psychiatric Nurse, CPN）、OT、及びそれぞれの職種の実習生らが毎週病棟とデイ・ケアでそれぞれ半日ずつをかけてひとりひとりの入院患者（毎回平均8～10名位）についてミーティングが継続的に持たれていた。随時、ケース

の必要性に応じて地域の社会福祉事務所の担当ソーシャル・ワーカーや地域の社会福祉施設の職員などが呼ばれてミーティングに加っていた。

ミーティングの進行はコンサルタント精神科医が行い、先ず、各患者の一週間の様子についてそれぞれの職種の立場から観察したところについて出し合う。たいてい患者が良くなっている時にはどの報告者からも良い状態の話が出され、悪くなっている時にはそれぞれから具合が悪いという報告になり、不思議なくらい患者の状態が一致して観察されてるものである。もし、報告者によって内容が食い違う場合には、患者がスタッフによって対応を変えている実状についてチーム全体で確認することができる。最終的にコンサルタント精神科医がその週の患者の状態を見極め、医師同志で薬の処方について検討するところを他職種のスタッフもそばで聞いている。そして、あらかじめ今週のその患者の課題について各職種から提案され、チーム全員で検討する。その時点で看護婦が当の患者をミーティングの部屋に呼んで来て、コンサルタント精神科医が患者を診察し、処方の変更や今週の課題について説明して患者の同意を得る。そのやりとりをチーム全員で聞いている。患者が同意しない場合には、たとえ強制入院患者であっても病棟看護婦たちは無理やり薬を飲ませようとはしないし、コンサルタント精神科医も「では一週間様子を見ましょう。」と患者の自覚と同意が得られるまで暖かく見守るという場面も見られる。

大切なのは、患者に関わるすべてのスタッフが、その時々患者の希望としたくない事を把握しており、また、その患者のより客観的な状態や処方について明確でタイムリーな情報が共有されていることである。このことは毎週の半日をかけてのケース合同ミーティングの積み重ねなしには成し得ないことである。

ケース合同ミーティングは病棟で半日、デイ・ケアでまた別の半日を要するのであるから、時間がかかり過ぎると思われるかもしれないが、もし、ミーティングの代わりに個々のスタッフ同志で連絡調整を取り合っていたら、おそらくその何倍もの時間を要するであろうし、患者をも含めた共有感は得難いであろう。

また、入院した時点からコンサルタント精神科医はソーシャル・ワーカーにアフター・ケア計画について意見を求めてくるし、患者の希望も皆で聞いている。そして、退院時には最終的な診断名が医師同志の間で検討され、その経過を他のスタッフも聞いている。退院中の生活の様子についてもその後のミーティングにおいて随時報告され、再発の兆しが見られる場合にも早めに対応することがその場で確認される。そのようなやりとりの共有の積み重ねがゆるぎない患者をも含めたチーム・ワークを可能たらしめているのではないだろうか。

4. アフター・ケア計画 (Code of Practice実務規約¹¹⁾、1999年3月改正、第27章)

精神保健法それ自体には「アフター・ケア・サービスを提供する義務が地区保健当局及び地方自治体社会福祉局に課せられている」と書かれている(法第117条2項)。その具体的な中身については実務規約第27章に規定されている。あらゆる治療とケアの根幹をなす目的として、一つは患者が退院後の地域生活がうまく維持できるように整えることであり、いま一つは自傷他害の危機管理機能を果たすことである。そのためにもアフター・ケア計画を入院直後から立て始めることが要求される(実務規約第27章1節)。

このアフター・ケア計画立案は措置患者のみに限らず、精神科治療とケアを受けているすべての患者に適用されることとなった(the Care Programme Approach, CPA, 厚生大臣通達HC 1990年第23号, LASSL 1990年第11号)。その一方で法第Ⅲ部でいうところの犯罪によって入院措置された患者のアフター・ケア計画についても十分な配慮を要請している(実務規約第27章3節)。先程のケア・プログラム・アプローチとは①人々の保健と社会的ニーズを系統立てて事前評価できるように調整を計ること、②前述のニーズの解決に向けたケア計画の作成、③キー・ワーカーを選任し、ケア状況を見守る(モニタリング)、定期的なケア計画の見直しと必要に応じて変更することである¹²⁾。

コンサルタント精神科医 (Responsible Medical Officer, RMO, 通常 the consultant psychiatristの

ことを指す)にはアフター・ケア計画に関連して次のような責任が課されている。①患者の保健及び社会的ケアのニーズの事前評価が十分に行われていること、②そのニーズに向けたケア計画の作成、③ケアの調整内容について記録されていること、④自傷他害の危機管理について事前評価が適切に行われていること、⑤経過観察しながらの退院なのかそれともガーディアンシップを申請するのかを考慮すること、⑥スーパーヴィジョン下に登録するかどうかを考慮することなどである(実務規約第27章5節)。

また、患者が精神保健審査請求を行う前にアフター・ケア計画の修正をすることが奨励されている。その場合アフター・ケア計画作成のために参加すべき構成員として、コンサルタント精神科医、病棟看護婦(士)、PSW、家庭医、地域精神科訪問看護師、関係民間施設の代表者、患者、家族または患者に指名を受けた人、退院後の関係者、最近近親族などが挙げられている(同27章7節)。更に、住宅問題、とりわけ住宅費手当等について討議される場合には地方自治体住宅課も参画すべきであり、アフター・ケア計画について住宅課の上級官僚(senior levels)の承認が必要となる(同27章8節)。

アフター・ケア計画立案の場で特に考慮すべき点として、以下のことが挙げられている。

- ①当事者自身の希望とニーズ
- ②本人の事をよく知る家族や友人、支援者の意見
- ③病院と退院先の市町村が異なる場合の地方自治体間調整
- ④関係機関の開拓(例えば、保護観察機関、民間施設)
- ⑤適切な事前評価とニーズの明確化のもとに立案されるケア計画、すなわち、デイ・ケア、住宅、外来、カウンセリング、個人的な支援、社会福祉権の支援、財産保全サービス、各種現金支給の申請などである。
- ⑥保健福祉いずれかの分野からのキー・ワーカーを選任し、その選任を受けた専門職はケア計画の修正を見守り、連絡調整を行い、報告書を上司(the senior officer)に提出する。
- ⑦未解決のニーズの明確化(同27章9節)

なお、このケア計画は書面にて確認されるべき

ものである。社会的文化的背景を考慮し、各計画履行の期限及び担当者についても明確にする必要がある(同27章10節)。前述のキー・ワーカーは定期的なケア計画の見直しのための会合を調整するように求められており、そのキー・ワーカーの上司はアフター・ケア計画の進行状況や手続きについて監督する責任が課せられている(同27章11節)。

VI. 最近の英国における精神保健福祉の動向

1999年末の16年ぶりの英国精神保健法改正に向けて審議委員会が設置され、1999年4月15日に改正草稿案が出された。G. リチャードソン委員長の発言では、以下の5点を考慮して7月の改正案の作成に向けて調整が進んでいるとのことである。

- ①現代の社会福祉サービスの十分な提供を必要とする国民の要求を反映すること¹³⁾
- ②人々の自信にあふれた生活を公共のシステムによって改善すること¹⁴⁾¹⁵⁾
- ③差別扱いをしないという原理を確立すること¹⁶⁾
- ④当事者の自律性をより高めること¹⁷⁾
- ⑤精神保健福祉サービスの構造全体を簡潔にすること。

また、審議委員会の草稿の主要な提言としては以下の4点が挙げられる。

- ①最優先原理として、差別扱いをしないこと、当事者の自律性、及び相互支援を含む。
- ②措置業務担当者を指名する独立機関を導入すること。従来の指定ソーシャル・ワーカー指名機関は地方自治体社会福祉局であった。
- ③措置の発令に当たり、治療に同意する患者の能力について考慮する。
- ④措置の範囲を従来の入院だけでなく、病院の外(地域ケア)でも効力を持つように拡大する¹⁸⁾。更に、従来一定の地域資源の確保が地区保健当局及び地方自治体社会福祉局に義務づけられていたが(法117条2項)、今回、それに加えて国家の義務も明記されようとしていることは特筆すべきことと思われる。

更に今回の法改正案では地方自治体社会福祉局

そのものを行政監査する独立したシステム (Social Services Inspectorate, SSI) の導入が一つの焦点となっている。

1998年12月に英国の厚生白書『Modernising Social Services』と『Modernising Mental Health Services; Safe, Sound & Supportive』が刊行された。そこでは

- ①公正なケアの提供、
- ②個別ニーズに合わせた長期的ケア、
- ③国営医療保健サービス圏や社会福祉サービス監査圏に則した医療福祉8圏へ統合する、
- ④従来ソーシャル・ワーカーの教育研修を厚生省から委託されていた中央ソーシャル・ワーク教育研修協議会 (CCETSW, セツワ) から新たに当事者や家族を構成員に含めたThe General Social Care Councilに移行させる、

⑤13億ポンドの追加基金などの提言が出されている¹⁹⁾。1999年1月のJ. ハットン英厚生大臣の発言でも、7百万ポンドを保健福祉改革財源に当てるとの3年計画が出されている²⁰⁾とはいえ、それらの提言の実施は2001年まで延期されるとのことである。事前に出された英国厚生省政策文書の草稿によれば精神保健サービスに50億ポンドもの投資案が出されている²¹⁾。例えば、

- ①全イングランドに千カ所の24時間スタッフを配置した共同住居を確保するために2千5百万ポンド、
- ②緊急対応チームを人口50万人に一ヶ所ずつに増設するために年千五百万ポンド、
- ③都市部におけるアサーティヴ・アウトリーチ・チーム (安心して地域で暮らすための出前サービス) に年五百万ポンド、
- ④家族療法トレーニングに年百万ポンド等となっている。さらに、ケア付き住宅や医療面におけるリハビリ・ケア・プログラムと福祉面におけるケア・マネジメントとの統合について提言されている。

日本においても2000年4月から介護支援専門員が導入されようとしているが、英国ではケア・マネージャーの役割を社会福祉事務所 (すなわち日本で言うところの中学校区に一ヶ所ずつの人口割で設置されている、地方自治体社会福祉局のエリ

ア・チームあるいはパッチ) のソーシャル・ワーカーが担っている。そのソーシャル・ワーカーは前述の通り、一定数の精神保健法に基づく指定ソーシャル・ワーカーも兼ねているのである。とはいえ、今日のインダストリアル・マネージャーリズムに対する懸念も指摘されているところである²²⁾。例えば、在宅ケアは提供されても効率を上げるために利用者 と提供者間の会話もされないような状況が起きているとのことである。従来のベヴァリッジ、シーボーム、バークレー各報告書に基づいて作り出されてきた英国の医療福祉体制が、1988年のグリフィス報告以来導入されてきたケア・マネジメントによって産業化してきたとのことである。事実、サービス提供機関の4分の3は民間となっており、ケア産業の民間施設労働者の8割は無資格であり、パートの女性スタッフが担っている実情である²³⁾。また、介護手当を当事者の手を通してサービス提供者に支払われる新システムは一見、当事者の主体性を尊重しているかのように思えるが、どう使ってもよいか見当もつかないでいる段階の障害者や老人にとっては大海に放り出されたようなものであり、下手をすると、地方自治体社会福祉局がケアを買うような事態になりかねない²⁴⁾。それゆえに監査 (inspectorate) のシステム化が問われている今日なのである。

Ⅶ. 結論

以上、英国の1983年精神保健法を中心にPSW、とりわけ本法で新設された指定ソーシャル・ワーカーの義務と権限について、また指定されていない有資格ソーシャル・ワーカーに付与されている義務について概括した。何よりも患者を一生活者として見ること。すなわち、家族的、社会的、経済的、文化的な側面から今必要とされるケアと医学的治療が強制入院によってしか保障できないと判断した時にのみ強制入院の申請書を作成することが指定ソーシャル・ワーカーに義務づけられているのである。これは同時進行されている2通の医学的推薦書とは別に作成されるものである。この場合、指定ソーシャル・ワーカーと同等の作成権が最直近親族にも与えられており、むしろ、後者による申請が冷静に行われるように指定ソーシャル・ワーカーが援助することが奨励されてい

る。日本における保護者の重い負担の実情とは対照的な現象である。1999年秋の英国の精神保健法改正案では保護者による措置申請の法的権限は廃止される方向である(草稿案第33節)。また、地域生活を支えるガーディアンシップについても述べてきたが、あくまで当事者の地域での生活上のニーズに基づいて健康な最低限の生活を維持できないような場合にのみガーディアンシップが考慮され、その申請書作成の権限も指定ソーシャル・ワーカーに付与されている。

いずれにしろ、このような申請書の提出先はマジストレーツ裁判所(Magistrate's Courts)である。つまり、英国では強制入院やガーディアンシップが恣意的な自由の拘束に値するとして司法審査の手続きを踏むことになっているのである。

その一方で、社会生活報告書については、指定にこだわらず、当該患者とその家族や地域のことを周知している地区担当のソーシャル・ワーカーが作成することになっている。

また、医学的推薦書のほうも一通は家庭医が書いてよいことになっている。

「よき実践」に向けての章では、家族支援の大切さがワーカー・クライアント関係に勝ること、チーム・ワークを維持するためのケース合同ミーティングの継続の必要性、アフター・ケア計画の地方自治体への義務づけについて述べた。

最近の動向としては24時間体制の地域ケア、とりわけ危機対応のための事前評価のシステム化、当事者や家族のエンパワメントなどに英国厚生省の予算化が組まれていることについて紹介した。しかしながらケア・マネジメントの民間サービスの導入がサービスの質の低下を招き、地方自治体そのものを監査する国家レベルの第三者監査機関が新設されており、今回の法改正でもこの点が注目されている。また、当事者中心の流れの中で、ソーシャル・ワーカーの国家資格取得カリキュラムの再編成が進行中であり、そこでも、委員の半数は患者及び家族にならうとしている²⁵⁾。また、患者本人による聞き取り調査が行われ、調査中に症状が悪化した者もいたが、それでも調査に参加できたことを喜んでいたという報告があった²⁶⁾。

日本においても同様の患者による様々な活動が展開されてゆくことが望まれている。この様な彼らを側面的に支援しつづけることがPSW本来の業務に問われている重要なことではないだろうか。

後記

本論文を作成するに当たり、ご高閲頂いた京都府立洛南病院名誉院長小池清廉先生に心より感謝致します。また先生を中心に全国自治体病院協議会精神病院特別部会の諸先生方が、英国精神保健法実務規約草案の翻訳に取り組み始められたのは、1988年のことであり、この作業に私も一部参加させて頂いていた。しかし、この間の実務規約は草案以降4回改訂され、内容が変化するため、小池先生のご指示により全国自治体病院協議会の初版の翻訳を参考にさせて頂いて、その後の改訂を加味して私が論文と言う形でまとめることになった。翻訳に当たられた全国自治体病院協議会の諸先生方(道下忠蔵先生、富井道雄先生、小池清廉先生、小澤勲先生、立花光雄先生他)に厚く御礼申し上げます。更に、福祉行政用語の訳語については大越和代氏にもご助言を賜わり感謝致します。この間気長に私をご指導下さった小池先生には言葉では言い尽くせない程にお世話になりました。

また、ロータリー奨学生として高い英国留学費用を捻出してくださった京都伏見ロータリークラブの皆様方や現場実習カリキュラム以外にもきめ細かな見学を組んで下さったオールトリンガム・ホストロータリークラブの方々にも厚く御礼申し上げます。マンチェスター大学医学部精神科PSWディプロマ課程の諸先生方や実習指導担当者の方々、そして私のつたない英語につきあって下さった患者さんたち、家族など多くの人に支えられて本論文を著すことができました。深謝致しております。

英国精神保健法改正の暁には、更に考察を加えて、今後も取り組み続ける所存です。ご指導をよろしくお願い申し上げます。

(M. A., Dip. PSW)
(1999. 6. 30 受理)

注

- 1) なお、英国精神保健法第114条1項において、地方自治体社会福祉局は十分な指定ソーシャル・ワーカーを任命することとされており、そのような指定ソーシャル・ワーカーになるためには、中央ソーシャル・ワーク教育研修協議会から国家資格認定を受けて登録した後2年間の実務経験を経て、更に3カ月間の指定ソーシャル・ワーカー資格取得講習を受ける必要がある(厚生大臣通達LAC 1986年第15号)。
- 2) この場合従来の指定ソーシャル・ワーカーに加えて地域精神科訪問看護師 a community psychiatric nurseなども指定対象として導入されることになるだろう。このことは同時に国営保健サービスと地方自治体社会福祉局との統合的な運営が要求されることになる。
- 3) 日本で言うところのデイ・ケアが病院外の地域の社会福祉施設で行われているもの。ちなみに、病院内で行われているデイ・ケアはデイ・ホスピタルと呼ばれている。デイ・センターは通常、老人デイ・センターに併設されており、給食サービスは共用されている(食堂は別だが調理者は共通)。1984年当時で昼食一食が50ペンスであり、残りの50ペンス分は市町村負担であった。精神障害者の地域生活を維持するためには不可欠なデイ・サービスと言える。建物もショッピング・センター街にある教会に(平日は週末ほど使用されていない建物の有効利用として)市町村が建物の利用料を支払って、デイ・サービスを提供していた。日本では民間の精神保健福祉サービスを立ち上げようとしても建物が確保されていないと補助金が下りにくい実情とは対照的である。
- 4) コンサルタント精神科医 (the consultant psychiatrist) 及びガーディアンシップ (本文後述) のために地方自治体社会福祉局から指名されている医師 (a nominated medical attendant) とを合わせて medical officers と言う。
- 5) 1999年秋の精神保健法改正ドラフトでは病院管理者(従来の国営保健サービスの地区保健当局のこと)に付与されていた「再入院させる権限」が廃止される方向である。その代わり、精神保健法審議委員会に報告を義務づけられた個人が任命されるようになる。
- 6) ちなみに、病院管理者(地区保健当局)は強制入院患者が①どういう種類の入院なのかということ、及び②精神保健審査法廷 (Mental Health Review Tribunals) に不服申し立てをする権利を有することについて本人が理解できるようにする義務が付与されている。この場合、病院管理者は当該患者にとっては治療の直接の担当者ではないところがポイントである。
- 7) R. Jones, Mental Health Act Manual, 1988, p. 29.
- 8) op. cit, p. 32.
- 9) Good Practiceとは標語的に優れた実践活動に向けて使われている用語である。
- 10) 日本では二人の指定医による診断書が作成されるが、英国では内一人以上が指定医であればよい。もう一人はむしろ当該患者及び家族をよく知っている家庭医が作成することが奨励されている。
- 11) 実務規約 (Code of Practice 1983 Mental Health Act) とは国家の強制力は持たないものの、精神保健法の理念に基づき、実務上の取り決めが記されている。例えば、ICD10の中にまだ残されている「性的逸脱」という診断基準をもって精神障害だからと強制入院させるようなことは現実には起こらない。精神保健法での精神障害の定義は緩やかなものに留めておき、その代わり時代に応じて実務規約においてガイドラインを示すことができる。ちなみに精神障害 (mental disorder) の定義は「精神機能不全または混乱していること。」とある(実務規約第9節)。
- 12) 詳しくは英厚生省、Building Bridges - A Guide to arrangements for interagency working for the care and protection of severely mentally ill people, 1995. を参照のこと。
- 13) 現代社会においては従来の地域共同体による相互扶助だけでは社会的弱者が遺棄・被虐待状況に置かれてしまうのみならず、彼らを世話している人達にとっても生活の破綻を来す。常時150万人の英国国民が何らかの形で社会福祉サービスを必要としてきた。例えば、精神障害の発病、障害児の出生、家庭崩壊、介護者の死による緊急要介護状態の発生等である。つまり今や、社会的な支援体制の整備は特定の人の要求というよりも全国的な要求という意味である。厚生白書 Modernising Social Services, 1998, pp. 4~5.
- 14) 例えば、連携の義務づけ (ドラフト第34節)
- 15) 今回のドラフトでは患者の権利の視点から、事前評価を受ける権利という言い方をしている。そこでは同意しそうでない要治療患者に対して、時限付きの非自発的治療は行われることはない。入院で7日、地域で14日以内という事前評価のための観察措置がとられる(同第11節)。措置決定については従来の精神保健審査法廷 (Mental Health Review Tribunal) に代って法務

省管轄の独立した専門の審査会を新しく設置して決定権をそこに委ねる。そこでは診断名、患者の自己決定能力、自傷他害のリスクについての決断、措置が行われる場所の決定（すなわち、入院か地域か）、ケアと治療計画の承認などについての決定される（同第13節）。この新設の精神保健審査法廷の権限は①特効のある治療の監督と修正、②措置内容の修正、③措置解除である（同第14節）。治療上特別な安全性の配慮を要するものとして、①精神障害の外科的手術、②電気ショック療法、③長期服薬、④デボ注射、飲み合わせ、BNFレベルを超えての服用、⑤当事者の意志に反しての摂食、⑥精神障害の結果もたらされた自傷他害のための治療の6点が挙げられており、これらの安全基準については法的に規定されるべきとされている（同19節）。この審査法廷（Tribunals）は1998年犯罪及び疾病法第5～6条をモデルとするのであり、英国代弁者ネットワーク（The United Kingdom Advocacy Network）は、「精神保健問題を犯罪治安システムに限りなく近づけるものである」として批判している（Community Care, 20-26 May 1999, p. 7）。

- 16) 雇用、旅行、社会保障、住宅、教育における差別をなくす（同第14節）。
- 17) 自分自身のニーズと希望に応じた自己決定と個人的責任を最大限現実的に可能な限り促進す

ること（実務規約第1節1項、1999年）。自己決定の自由及び、選択能力を有していると周囲の人からも尊重されていること（同第16節）。

- 18) N. Turner's Hyper GUIDE to the Mental Health Act, 18 April, 1999.
- 19) Reed Business Information, Community Care, 25 February-3 March, 1999, p6-7.
- 20) *ibid.*, 17 December 1998-6 January 1999, p5.
- 21) *ibid.*, 7-13 May, 1998, p1.
- 22) *ibid.*, 28 January-3 February, 1999, p25.
- 23) *ibid.*, 10-16 December, 1998, p9.
- 24) *ibid.*, 21-27 May, 1998, p22.
- 25) *ibid.*, 25 February-3 March, 1999, p7.
- 26) *ibid.*, 11-17 February, 1999, p27.

参考文献

- Department of Health and Social Security, Better Services for the Mentally ill, 1975, HMSO.
- Department of Health and Social Security, Mental Health Act 1983, HMSO.
- Department of Health and Social Security, Mental Health Act 1983 Memorandum on Parts I to VI, VIII and X, 1987, HMSO.
- Department of Health, Code of Practice Mental Health Act 1983, 1990, 1993, 1999, HMSO.
- Department of Health, Modernising Mental Health Services; Safe, Sound & Supportive, 1998, HMSO.