

# 精神保健福祉士の専門性と その専門職のあり方

栄 セツコ

キーワード：精神保健福祉士，精神障害者，サイコソーシャルモデル，  
エコロジカルアプローチ，生活モデル

## 1. はじめに

わが国の精神保健福祉施策は、1900年に制定された『精神病患者監護法』に始まる。この法律では、精神障害者は社会防衛政策の対象とされ、精神障害者の「私宅監置」が合法的に認められていた。1950年の『精神衛生法』の制定により私宅監置は廃止されたが、精神障害者は医療の対象でしかなく、その施策は精神病院における入院治療に偏重していた。一方、諸外国では、北欧のノーマライゼーションの思潮が普及し、英米の脱施設化の影響を受け、精神障害者に対する地域生活支援の取り組みが展開されようとしていた。折りしもわが国では、1964年に、精神科治療歴のある少年がアメリカ駐日大使ライシャワー氏を刺傷するという「ライシャワー事件」が起り、諸外国の動向に反して、精神障害者の隔離・収容施策が強化されることになった。その後、1984年に、看護職員の暴行によって精神病患者を死に至らせるとい「宇都宮病院事件」がおき、わが国の精神医療のあり方が国際的に批判されることになった。そして、国連人権小委員会の調査団により、精神医療

の閉鎖性、人権侵害、社会復帰・社会参加体制の貧困さに対する改善勧告が行われた。特に、精神障害当事者の自主性や自発性を尊重しなければならないことが指摘された<sup>1)</sup>。そこで、1987年に『精神衛生法』が精神障害者の人権擁護と社会復帰の促進を目的にした『精神保健法』に改正され、制度・施策の流れが「入院治療から社会復帰施設へ」と移行した。

1993年に『障害者基本法』が制定され、法文に精神障害者が他の障害者と同様の「障害者」と明記された。1995年には、はじめて「福祉」という文言が組み込まれた『精神保健及び精神障害者福祉に関する法律』が成立され、制度・施策の流れが「社会復帰施設から地域ケアへ」と移行することになった。また、同年に『障害者プラン—ノーマライゼーション7か年戦略—』が策定され、ようやく精神障害者が地域で生活するための福祉施策が本格的に検討されるようになった。その後、精神保健福祉施策において一定の向上が図られてきているが、依然として、①精神病床数が諸外国に比べて多く、特に長期入院者の占める割合が高いこと、②精神病床の機能分化が進んでおらず、効率的で質の高い医療の実施が困難であること、③入院患者の社会復帰や、地域における生活を支援するための施設やサービス等の整備が十分進んでいないこと、④国民の、精神疾患や精神障害者に対する正しい理解が十分とはいえないこと、などの課題があることが指摘されている<sup>2)</sup>。

このような状況のなかで、精神障害者の長期入院や社会的入院の問題を解

- 
- 1) 谷中輝雄「精神障害者の現状と課題—歴史をふまえて—」『社会福祉研究』第84号、2000年、22ページ。
  - 2) 厚生労働省社会保障審議会障害者部会精神障害部会『精神保健福祉総合計画（仮称）骨子案精神障害部会次第（第7回）』2002年8月23日。厚生労働省の1999年度の患者調査では、入院患者のうち、72000人が「条件が整えば退院可能」であると報告している。また、障害者プランは、1995年に入院患者3万人を退院させることを目標として策定されたが、精神障害者に関連する障害者プランの達成状況は、2000年度実績で、生活訓練施設75%、授産施設53%、福祉ホーム47%、福祉工場19%、地域生活支援センター33%となっている。さらに、精神障害者居宅生活支援事業が2002年度から実施されることになったが、2002年度に実施する市町村は、ホームヘルプ70.5%、ショートステイ45.0%、グループホーム42.4%となっている。

消し、精神障害者の社会復帰を促進する人材として、精神科ソーシャルワーカーの国家資格化が望まれるようになった。そして、その人材の養成・確保を目的として『精神保健福祉士法』が1997年12月12日に制定された。精神科ソーシャルワーカーは、国家資格化される以前から、精神障害者の地域の受け皿づくりの担い手として、社会資源や制度の開発を行ってきた実績がある。そのため、資格がないにもかかわらず、精神科ソーシャルワーカーの業務の一部は診療報酬の対象となり、法律に基づく社会復帰施設に必置になるなど、社会的認知が先行する状況だった<sup>3)</sup>。この精神科ソーシャルワーカーが精神保健福祉士として国家資格化されたことは、40年間にわたる精神科ソーシャルワーカーの活動が社会的に承認されたことを意味する。

1999年に、精神保健福祉士の第1回目の国家試験が行われてから、既に、4回の試験が終了し、13000名が有資格者となっている(2002年3月現在)。そして、2002年度で、現任者に対する受験資格の特例措置が終了するとともに、2003年度には『精神保健福祉士法』の附則第4条に、「この法律施行後5年を経過した場合において、この法律の規定の施行の状況について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする」と明記されているように、法の見直しが行われることになっている。

そこで、本論文では、『精神保健福祉士法』の見直しを前に、①精神科ソーシャルワーカーが国家資格化された経緯を振りかえること、②精神保健福祉士の価値・視点について明確にすること、③精神保健福祉士の業務内容を検討すること、以上のことをふまえ、今後の精神保健福祉士のあり方について論述することとする。

---

3) 門屋充郎「地域の精神障害者を支える資格に期待する～精神保健福祉士法成立～」『月刊福祉』8月、1998年、96-101ページ。

## 2. 精神科ソーシャルワーカーの歴史的経緯と精神保健福祉士の定義

### —精神科ソーシャルワーカーと精神保健福祉士との関係—

精神科ソーシャルワーカーは、英語の Psychiatric Social Worker の頭文字をとり、略して「PSW（精神医学ソーシャルワーカー）」とも呼称されている。そして、社会福祉学を学問的基盤とし、精神医学の知識をもつ、精神保健福祉領域の専門職種として位置づけられている<sup>4)</sup>。

精神科ソーシャルワーカーは、1948年に、はじめて、社会事業婦として国立国府台病院に配置された。1953年には、医療ソーシャルワーカーが中心となり専門職のアイデンティティの確立を目的として日本医療社会事業協会が結成された。しかし、組織の目的が「医療社会事業への普及啓発」に転換したため、1964年に、精神科ソーシャルワーカーは、独自の国家資格を要望する集団として「日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会」を結成した。また、当時は諸外国の脱施設化の影響をうけ、精神障害者の社会復帰にむけて『精神衛生法』を改正する動きが高まっていた。そこでは、精神科ソーシャルワーカーの資格化が検討され、保健所に「精神衛生相談員及び医療社会事業員」を配置することが提案されていた。しかし、1964年のライシャワー事件により、翌年の『精神衛生法』の改正は精神障害者の地域管理に重点をおくものへと転換することになった。保健所が地域における精神衛生行政の第一線機関として位置づけられることになったが、精神科ソーシャルワーカーの資格化はすすまず、任用資格に留まることとなった。1966年に、「保健所における精神衛生業務運営要項」が通知されたが、「大学において社会福祉に関する科目を修めて卒業したもの」を精神衛生相談員（現、精神保健福祉相談員）として配置する自治体は多くなかった。

そのような状況の中で、1973年の第9回日本精神医学ソーシャル・ワーカー

---

4) 「団体資格化の早期実現を目指して」日本精神医学ソーシャルワーカー協会、1997年。

一協会全国大会で、当事者であるY氏より、精神科ソーシャルワーカーによる「人権侵害」が訴えられ、精神科ソーシャルワーカー業務の根幹に関わる課題が提起された。この事件は、精神科ソーシャルワーカーが記載した面接記録がそのまま医師の記録として用いられ、Y氏本人の不在のもとに入院が先行された事件である（「Y問題」といわれている）<sup>5)</sup>。つまり、合法的に行われている精神科ソーシャルワーカーの活動自体が対象者の人権を侵す可能性があることを当事者自らによって提起されたのである。これを機に、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会の活動は低迷し、自分たちの専門性を問いつづけることとなった。そして、1982年の第18回日本精神医学ソーシャルワーカー協会では「精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動を進める」（札幌宣言）ことを活動の基本方針に採択した。この社会的復権には、精神病に罹患した人の、病を持ちながら生きる権利を保障するという意味があり<sup>6)</sup>、精神科ソーシャルワーカーが、精神障害者のニーズを第一に優先し、精神障害者が精神疾患や精神障害をもっている、一人の市民として、自分らしい生活を実現することを目指して活動することを表明したといえる。しかし、当時の精神科ソーシャルワーカーの活動はごく一部の医療機関に限られていたことや、また、精神科ソーシャルワーカーの精神障害者に対する社会復帰や人権擁護の活動が、場合により、病院の運営方針と対峙するとして、不本意に解雇されたこともあり<sup>7)</sup>、身分保障の観点からも国家資格化が強く要求された。その一方で、国は高齢社会に対応する人材の社会福祉専門職の国家資格として、1987年に『社会福祉士及び介護福祉士法』を創設した。

---

5) この札幌宣言により、精神科ソーシャルワーカーの実践モデルが、従来の医学モデルから生活モデルへと変換されたといわれている。

6) 日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会編『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 第2版』へるす出版、1998年、86ページ。

7) 「1993年度 精神障害者福祉問題委員会報告」『精神医学ソーシャル・ワーク』No. 33, 1994年, 162-163ページ。

このような背景のなかで、わが国の精神保健福祉施策が精神障害者の入院治療を重視した結果、諸外国に類をみない精神病院の在院日数の長期化、社会復帰施策の貧困化などの問題を生じさせた。そこで、国は、社会復帰施策の人材の確保、質の確保から、精神科ソーシャルワーカーの国家資格化を求め、1997年に『精神保健福祉士法』の制定に至った。また、これに伴い、精神科ソーシャルワーカーの職能集団である「日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会」も、1999年の日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会全国大会・総会で「日本精神保健福祉士協会」と名称変更した。

以上のことから、精神科ソーシャルワーカーと精神保健福祉士を比較すると、精神科ソーシャルワーカーは「精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動を行うこと」を実践の目標としてきたのに対して、国家資格である精神保健福祉士は「精神保健及び精神障害者の福祉の増進に寄与すること」を実践の目標としている。また、精神保健福祉士の定義は、『精神保健福祉士法』に「精神保健福祉士の名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行なうことを業とする者をいう」と規定されている。この定義は、概ね精神科ソーシャルワーカーが行ってきたものと一致しているが、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会が、社会福祉職の資格制度化に対して要望してきた基本5点<sup>8)</sup>のう

---

8) 1987年、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会では、社会福祉士を基礎資格として、医療ソーシャルワーカーの国家資格化などに対して「国の社会福祉職への資格制度化に対する対応について」基本5点をまとめた。①専門性の理論的・実践的基盤は社会福祉学にあること、②「自己決定の原則」が貫かれるものであること、③「精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動」を進めるとした協会の基本方針が支障を受けないこと、④受験資格は協会の会員資格である福祉系4年制大学卒であること、⑤専門職としての業務に相応した最良の幅をもつものであることとした。日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会編『[改

ち、「社会福祉学が基本にあること」「受験資格は福祉系4年制大学卒であること」という実践上の視点や学歴規定に関する項目は、『精神保健福祉士法』には盛り込まれなかった。また、『精神保健福祉士法』では、現任者の国家試験受験資格の要件として、「2003年3月31日までに指定施設において5年以上の相談援助業務の経験をもち、かつ厚生労働大臣の指定する講習会を修了している者」と明示されるに留まり、さまざまな学問的基盤がある専門職に国家試験受験資格を与えることになった。

このように、精神科ソーシャルワーカーが国家資格化される経緯には、社会福祉士との整合性や包括的なソーシャルワーカーの専門資格への課題、及び、医師・看護師などとの業務内容の検討などの課題が議論された。石川は、「日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会では、わが国における精神障害者福祉の遅延の打破を目指し、保健・医療・福祉の各制度体系を踏まえた現実的な判断をもって、全国精神障害者家族会連合会、日本精神病院協会等とともに制度化を求め、『精神保健福祉士法』（1997）の成立をみることになった<sup>9)</sup>と強調しているように、今後も検討すべき課題を残したまま、日本独特の精神保健福祉領域における喫緊の課題を解決するために『精神保健福祉士法』が施行されることになった。

### 3. 精神保健福祉士の価値と視点

精神保健福祉士の価値として、「精神障害者の人権尊重」「人と状況の全体関連性」「生活者の視点」「自己決定の原則」の4点がある<sup>10) 11)</sup>。

---

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45ページ。

- 9) 石川到覚「精神保健福祉士法の成立とPSW」『こころの科学』第88号、1999年、14ページ。
- 10) 坂田憲二郎「精神保健福祉士の視点と価値」住友雄資編『精神保健福祉士の仕事』2001年、38-43ページ。
- 11) 栄セツコ「PSWの機能としてのケアマネジメント」白澤政和他編『ケアマネジメントの実践と展開』中央法規、2000年、145-165ページ。



## 1) 精神障害者の人権尊重

国連は、1948年に「すべての人は生まれながらにして自由であり、尊厳と権利において平等である」とした『世界人権宣言』を採択した。1966年の『国際人権規約』の前文には、「人類社会の全ての構成員の固有の尊厳と平等で譲ることのできない権利との承認が、世界の自由、正義、平和の基礎であり、これらの権利が人間の固有の尊厳に由来すること」と明記されており、人間の固有の尊厳を謳っている<sup>12)</sup>。1975年の『障害者の権利宣言』の第3条では「障害者は、障害の状況、特質、程度に関わらず、同年代の市民と同等の基本的権利を有する」とされ、第4条では「障害者は、他の人びとと同等の市民的および政治的権利を有する」とされている。この『障害者の権利宣言』の障害者には、すでに精神障害者も適用されている。

しかし、わが国の精神保健福祉施策は入院治療の隔離・収容対策に偏重し、長年にわたり精神障害者の人権を侵害してきた歴史がある。その象徴ともいえる「宇都宮病院事件」<sup>13)</sup>を機に、人権擁護と社会復帰の促進を柱とした『精神保健法』が制定された。しかし、現在においても、精神科医療では、精神病患者のプライバシーを保護できないことや行動制限を行うなどの人権侵害につながる可能性が高いことが指摘されている<sup>14)</sup>。また、社会生活においても、精神障害者に対する欠格条項<sup>15)</sup>があり、精神障害者の社会参加を阻止するものとなっている。さらに、門屋が「偏見と差別は病の特異性よりも、社会的に作られた文化によって強調され、偏見は国民の心深く刻み込まれる結果を醸成してきた」<sup>16)</sup>と指摘するように、わが国の精神障害者に対する人

12) 「国際人権規約」は1966年12月16日に国連総会で採択され、日本は1979年にこれを批准した。

13) 1984年、栃木県報徳会宇都宮病院事件において、看護職員の暴行によって入院患者を死亡させた事件

14) 荒田寛「PSWの役割と課題」『社会福祉研究』第84号、2002年、50-57ページ。

15) 欠格条項とは、障害によって、資格や免許の取得や業務の許可を制限している法律や条例を意味する。

16) 門屋充郎「精神保健福祉士」『病院』59巻12巻、2000年、1067ページ。



権侵害の施策や事件が、精神障害者に対する一般市民の偏見・差別を強化することになった。

このように、精神障害者は精神疾患を患うこと、あるいは、患ったという経験をしたという理由で社会から疎外され、人としての尊厳にかかわる部分に深い傷をうけ、人間として生まれながらにもっている権利を奪われてきた歴史がある<sup>17)</sup>。そのため、一人の市民として、同年代の市民と同等の基本的権利や、他の人びとと同等の市民的および政治的権利を実現しているとは言い難い現状がある。

このような状況をふまえ、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会（現、日本精神保健福祉士協会）がはじめて倫理綱領を作成したときから「個人の尊厳の擁護」があり、「精神医学ソーシャルワーカーは、クライアントの基本的人権を尊重し、個人としての尊厳を擁護する」（1988）ことをあげている。そこで、精神保健福祉士は、精神障害者の社会的復権をめざして、障害をもちながらも一人の市民としてあたりまえにもつ権利、精神保健・福祉領域のサービスの消費者<sup>18)</sup>としての権利を実現できるように支援しなければならない。そのためには、精神障害者の癒しと人間関係の回復を目指して、基本的信頼関係を構築していくことから始めることが重要である<sup>19)</sup>。そして、この関係を基盤にし、精神障害者自身が精神障害をもっている一人のかけがえのない存在であることを認識できるように働きかけていく必要があるといえる。

## 2) 人と状況の全体関連性

精神保健福祉士の固有の視点は、その人間理解にみることができる。精神障害者の地域生活支援を推進してきた寺谷は、精神保健福祉士の人間理解と

17) 柏木昭「障害者の人権と自己決定」『精神医学ソーシャル・ワーク』No.29, 1992年, 92-104ページ。

18) 寺谷隆子「自立生活支援と実践課題」『社会福祉研究』第84号, 2002年, 42ページ。

19) 柏木昭編『精神医学ソーシャルワーク』岩崎学術出版社, 1993年, 156ページ。

は、「人間の存在を規定する文化的社会的または経済的諸条件、そして気候や風土など自然環境も含まれる社会環境を背景にした人間理解である」<sup>20)</sup>とし、人間を「人と状況の全体関連性」で捉えることの重要性を示唆している。この「人と状況の全体関連性」は、ホリス (F. Hollis, 1964/1966) が『ケースワーカー心理社会療法』のなかで用いた概念であり、クライアントの社会的機能がより遂行できるように援助するために、ケースワークの焦点は、常に、人との要求と人に対する環境の影響との<諸力の相互作用的均衡 interacting balance of forces>と考えられる状況の全体性にあわせられるとしている<sup>21)</sup>。このことは、クライアントが抱えている問題は個人の病的側面だけが作り出しているものでもなく、環境からの過剰な圧力だけが作り出しているものでもなく、その両者の関係性のあり方の結果であるという見方を意味している<sup>22)</sup>。この視点は、近年のソーシャルワーク実践における中心的概念であり、それは対人相互関係、心的力動、生活支援、マネジメント支援の問題につながる介入を含むものである<sup>23)</sup>。

精神障害者の場合、精神障害者を取り巻く環境の有様が疾患や障害に強く影響するという特性や、精神障害者を取り巻く環境そのものが再発や症状形成に関係しているという特性がある<sup>24)</sup>。このことから、精神保健福祉士は、精神障害者を「精神病を抱えながら社会関係をもつ存在」として理解し、精神障害者の生活の困難さを、その個人にのみ起因するのではなく、その個人と個人を取り巻く環境の相互作用が影響していると捉えなければならない。

20) 寺谷隆子「PSW とは何か」 柏木昭『改定 精神医学ソーシャル・ワーク』岩崎学術出版社、1993年、26-27ページ。

21) マーガレット・ジベルマン著 中村優一監訳『ソーシャルワーカーの役割と機能』相川書房、1999年、30ページ。

22) F.ホリス著 本出祐之・黒川昭登・森野郁子訳『ケースワーカー心理社会療法』岩崎学術出版、1966年、33-34ページ。

23) 福富昌城「ケースワークの展開」大塚達雄他編『ソーシャル・ケースワーク論—社会福祉実践の基礎—』ミネルヴァ書房、1994年、74-75ページ。

24) 栄セツコ「精神障害者ケアマネジメントの特徴と課題」『介護支援専門員』Vol.4 No.5, 2002年、34ページ。

そして、精神障害者の生活上の困難さを精神障害者個人の変容によって解決するのではなく、本人を取り巻く環境の改善や生活を支える社会資源の開発などによって解決を図る関わりが求められるといえる<sup>25)</sup>。

### 3) 生活者の視点

精神保健福祉士は、精神障害者を「精神障害のある生活者」と捉え、精神疾患から生じる生活問題を精神障害者自身が解決するのを側面的に支援することを業としている。では、その生活とはどのようなことを示しているのだろうか。

白澤は、「対象者の社会生活援助の原理」として「生活の全体性」「生活の個別性」「生活の継続性」「生活の地域性」の4点を指摘している<sup>26)</sup>。また、窪田は、精神保健福祉士は、精神医療の問題を精神障害者の生活上の困難さとして捉えることが重要であり、生活問題の重層性を強調している。この生活問題には、①諸問題間の構造的関連、②生活史的累積の構造、③人間関係の問題、④それらの内面化、があり、これらが重層的に繋がっていると指摘する<sup>27)</sup>。

両者の見解にそって精神障害者の生活問題を捉えてみる。精神障害のある生活者の問題は医療・教育・職業・住宅などの問題が密接に関わりあい、関連し合って生活全体に影響を与えている（生活の全体性）。「精神障害者」といっても、その人の精神症状も、生活歴・家族関係も異なり、生活上の問題の発生も解決方法も異なる（生活の個別性）。現在ある生活問題は過去の生活とのかかわりの中で生じ、将来に継続するものである。そして、生活問題は常に変化し、どの内容も変質していく（生活の継続性）。精神障害のある生活者を取り巻く地域状況は千差万別であり、利用できる社会資源の量・

25) 栄セツコ「現代社会と精神障害者」成清美治・加納光子編『精神保健福祉概論』学文社、2001年、53-54ページ。

26) 白澤政和『ケースマネジメントの理論と実際』中央法規、1992年、91-92ページ。

27) 窪田暁子「精神障害者の福祉」『精神医学ソーシャルワーク』No.27、1990年、18-21ページ。

質や住民の意識は異なるもの（生活の地域性）といえる。このような生活の観点に加えて、精神保健福祉士は、精神障害者の抱える生活問題は、一つの問題が他の生活問題に影響を与え、かつ時間的経過のなかで生活史となって積み重なり、それに不随して家族や近隣などの人間関係の悪循環を生み出し、それらの問題の原因を自分に帰し、自分自身に対する嫌悪感を抱いているという、重層的な繋がりとしての生活問題を理解することが必要である。

その一方で、荒田は、「生活者とは、自分自身の生活全体を自分で把握している主体者であり、自らのライフ・スタイルを独自に獲得し保持するために、さまざまな社会経験や日常の営みをダイナミックに実践することを意味している」<sup>28)</sup>とする。つまり、精神障害者を生活の主体者として認識し、精神疾患や障害はその人の一部であるとする理解が必要なのである。従来、精神障害者は医療の対象（病理／欠陥モデル）として捉えられていた。狭間はデニス・サリビー（D. Saleeby）の病理／欠陥モデルの特徴を援用し、「病理／欠陥モデルの最大の問題点は、その援助観、人間観が利用者のさまざまな側面の中で、欠陥や弱さのみに収斂することにある。この視点からは、人間が本来的に有する強さや成長力などが隠蔽されてしまうことにある」<sup>29)</sup>と指摘している。この本人の持つ強さとは、クライアントの持つ個人的な資源を示し、具体的には個人の性格、対処能力などであり<sup>30)</sup>、本人の持ち味としてあらわれるものである。精神障害者の場合も、精神疾患を患ったことで、その疾患や障害が強調され、一人の市民としてのライフサイクルの課題を経験することや、本人のもつ強さや持ち味を発揮することがなかった人も少なくない。

このことから、精神保健福祉士は、精神障害者を「病者」や「障害者」という属性で理解したり、その「疾病」や「障害」を個々の部分にわけて関わ

28) 荒田寛「PSWの役割と課題」『社会福祉研究』第84号、2002年、51ページ。

29) 狭間香代子「社会福祉実践におけるストレングス視点と社会構成主義」『社会福祉研究』第76号、2000年、90-91ページ。

30) 奥川幸子『未知との遭遇—癒しとしての面接』三輪書店、1997年、234ページ。

るのではなく、「疾病」や「障害者」をもつ一方で、その人らしい強さや持ち味をもつ生活者としてトータルな視点で捉えることが必要である。そして、自分らしい生活を営む生活主体者として様々な経験の蓄積を重視する関わりが求められる<sup>31)</sup>。

#### 4) 自己決定の原則

自己決定の原則はソーシャルワーク実践における重要な原則とされ、基本的的人権と生存権の保障といった価値概念が基盤にある。バイスティック (F. P. Biestek) は、「クライアントの自己決定の原則とは、ケースワーク過程において、自らの選択と決定を行う自由についての、クライアントの権利と要求を認めること」と定義し、「ソーシャルワーカーは、人間であれば誰もが生まれながらに自己決定の能力を備えているという確固たる信念をもつべきである」<sup>32)</sup>と述べている。日本精神保健福祉士協会の倫理綱領にも「自己決定権の尊重」があり、「精神医学ソーシャルワーカーは、クライアントの自己決定権を最大限尊重し、その自己実現に向けて援助する」とある。

しかし、バイスティックは、自己決定能力には個人差があり、自己決定が制限される場合があるという。その一つに、「積極的かつ建設的決定を下すクライアントの能力から生じる制限」をあげている。そして、ワーカーは、クライアントが積極的かつ建設的決定を下すという信念を持ちながらも、「適応能力が非常に低く、社会的に病人として援助しなければならないクライアントがいる。たとえば、決定に緊急を要する場合、『重病であったり、知的能力に問題があったり、対話が不可能であったりする』場合は、ケースワーカーはすばやく『救急の外科医』のように対応することがある」<sup>33)</sup>と例

31) 栄セツコ「精神保健福祉士の対象」住友雄資編『精神保健福祉士の仕事』2001年、38-43ページ。ラップらは、精神障害者のケースマネジメントモデルの1つとしてストレングスモデルの有効性を実証している（江端敬介監訳『精神障害者のケースマネジメント』金剛出版、1998年）。

32) F・P・バイスティック著、尾崎 新、福田俊子、原田和幸訳『ケースワークの原則 援助関係を形成する技法』誠信書房、1996年、162-163ページ。

33) 同掲書、176-181ページ。

示する。また、橋本は、自己決定が難しい人として、①情報が十分に届けられないために決定できない人、②情報を理解する能力や判断する能力が低下しているために決定できない人、③家族や近親者等への遠慮や圧力等から決定を躊躇している人などをあげている<sup>34)</sup>。

精神障害者の場合も、その疾患や受動的な入院生活を余儀なくされてきたために、現実検討能力や判断能力が低下していることがある。また、選択肢があっても、選択後のイメージができず、決定を躊躇している場合もある。さらに、自分の希望や思いを表現することが苦手とする人も少なくない。第3回日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会全国大会(1967)では、協会が重視してきた精神障害者の「自己決定」について、ある精神医学者より「精神障害者に『自己決定』というのは誤りである。……(中略)……精神分裂病の患者の自己決定や精神薄弱者の自己決定を言うことは、まさに、そのところに障害があることを見過ごしていないか。……(中略)……自己決定と言うことは、目標であって前提条件ではないように思う」<sup>35)</sup>という精神科ソーシャルワーカーの精神障害者の自己決定を重視することは間違っているという批判が向けられることがあった<sup>36)</sup>。

精神障害者の自己決定に関して、荒田は、自己決定は、精神保健福祉士と精神障害者との相互関係が影響すると強調している。そして、精神障害者の「自分で決めたい」というニーズを尊重するワーカーの姿勢が、精神障害者に影響を与え、精神障害者が自己決定をすることに自信をもてるようになるという相関関係があるとしている<sup>37)</sup>。また、柏木は、クライアントが自己決定できるかどうかという特質は、「クライアントの能力」と「関係の質」と

34) 橋本泰子「自己決定とケアマネジメント」白澤政和・橋本泰子・竹内孝仁編者『ケアマネジメント講座 ケアマネジメント概論』中央法規、2000年、28ページ。

35) 柏木昭「ソーシャルワーカーは病院精神医療をどう生きたか」『精神保健福祉』第33巻 第2号、2002年、103ページ。

36) 荒田寛「PSWの役割と課題」『社会福祉研究』第84号、2002年、52ページ。

37) 柏木昭「障害者の人権と自己決定」『精神医学ソーシャル・ワーク』No.29、92-102ページ。

「かけた時間」の3要素に関係するとし、精神障害者の自己決定において「ワーカーと共有する時間」も関与することを指摘している<sup>38)</sup>。窪田は精神障害者の特性を「なじみのない人、物・仕事・場所に合わせていくのに、普通の人よりも時間がかかる」<sup>39)</sup>としていることから、精神障害者の自己決定にとって「時間」は重要な概念であるといえる。さらに、柏木は自己決定の原則を、静態的關係論ではなく、力動的關係論から捉えることの重要性を強調し、「当事者に成り代わって『代理人』という形で本人の福利を考えることは「関係」の放棄につながる」と指摘する。そして、痴ほう性高齢者の場合でも、職員のクライアントへの関わり方で、相手の心理的・生理的欲求は自ずと理解できることの実践をあげながら<sup>40)</sup>、自己決定は、ワーカーの鋭い感性と暖かな人間性に支えられた豊かな創造力が備わってない業であると示唆する<sup>41)</sup>。

このことから、精神保健福祉士は、精神障害者の自己決定において、自己決定能力は誰でも生まれながらに所有する能力であるという価値観をもち、精神障害者との関係性の質を高めることが不可決である<sup>42)</sup>。病状的に、クライアントが自己決定できない時があっても、安易に代理行為してはならない。たとえ、ワーカーがクライアントの最善の利益を考慮して決定を代行した場合でも、その決定に関して、本人が納得するまで、説明を繰り返すことが必

38) 窪田暁子『『精神疾患による障害』とのかかわり』全国精神障害者家族会連合会編『新たな生活を見つめて』1995年、180-192ページ。

39) 棚田真美・岩尾貢「痴呆老人への取り組みと視点」『精神医学ソーシャルワーク』No.33, 1994年、111-115ページ。

40) 柏木昭「ソーシャルワーカーに求められる『かかわり』の意義」『現代のエスプリ』No.422, 2002年、37-38ページ。

41) 柏木昭「ソーシャルワーカーは病院精神医療をどう生きたか」『精神保健福祉』Vol.33, No.2, 105-106ページ。

42) 熊倉伸宏『臨床人間学—インフォームド・コンセントと精神障害』新興医学出版社、1994年、34ページ。「治療方針を決定するのは、単に治療者でもなく、患者でもない。患者と治療者という二つの主体が存在し、両者のあいだで話し合いがなされ、信頼関係が形成されついに合意が形成されて、共同的意思決定がなされる」ことが大切であるとする。



要である。その際には、その時点における本人の自己決定能力を考慮し、本人がイメージできるような言葉を用いて説明することが求められる。そのような自己決定のプロセスをワーカーが共有することで、本人らしい自己決定ができるものと考えられる。

#### 4. 精神保健福祉士の所属機関と業務内容

##### 1) 所属機関

精神保健福祉士(精神科ソーシャルワーカー)は、1948年に、日本ではじめて国立国府台病院に「社会事業婦」として配置されて以降、主に医療機関を拠点に「精神医学ソーシャルワーカー・精神科ソーシャルワーカー」として、また、保健所などを拠点として「精神衛生相談員(現、精神保健福祉相談員)」として、その活動を展開してきた。しかし、近年の精神保健福祉領域における法律や施策の動向が「入院治療から社会復帰施設入所へ」、「社会復帰施設入所から地域ケアへ」と移行するなかで、精神科診療所の増加、デイケアの診療報酬化、精神障害者社会復帰施設の法定化による「精神保健福祉士」の必置規定<sup>43)</sup>、精神障害者居宅生活支援事業の新設、精神保健福祉業務の市町村移管など、精神障害者を取り巻く状況は、この50年間に大きく変化してきている。このような変化に伴い、精神保健福祉士の所属機関や施設も多様化してきている(図1)。また、精神障害者自身も、医療の対象である「患者」から、精神障害者が利用する場所によって、「メンバー」「利用者」「コンシューマー」と呼称され、より市民としての権利性や参加性を高めるものとなってきている。

43) 1995年の『精神保健及び精神障害者に関する法律』では、精神障害者社会復帰施設として「生活訓練施設(援護寮)」「福祉ホーム」「授産施設」「福祉工場」の4施設類型の規定を法律上明記した。1999年の改正で、「地域生活支援センター」が社会復帰施設に追加された。以上の社会復帰施設のうち、「福祉ホーム」を除く社会復帰施設に「精神保健福祉士(前、精神科ソーシャルワーカー)」を配置することが規定された。

図1 精神保健福祉士の主な所属機関（筆者作成）

市民としての権利性・参加性

←小-----大→

患者	クライアント	メンバー	利用者	コンシューマー
医療機関	保健機関	リハビリテーション機関	社会復帰施設	市町村
精神病院 診療所 総合病院(精神科)	保健所 保健センター	医療機関(デイケア ナイトケア リハビリテーションセンター 職業安定所)	生活訓練施設 福祉ホーム 授産施設 福祉工場 地域生活支援センター (作業所)	市町村 グループホーム

## 2) 業務内容

精神保健福祉士（精神科ソーシャルワーカー）の業務は「精神障害者の社会的復権と福祉のための活動」という視点をふまえ、社会福祉学を基礎学問として、精神障害者を主な対象とする生活援助技術の方法であるといわれてきた<sup>44)</sup>。精神障害者の多くは、疾病と障害を併せ持っており、社会生活を送るうえで、活動の制限や社会参加の制約を被ることがある。また、精神障害者の疾病と障害は影響しあうこと、さらに、環境の有り様がそれらに影響することが特性としてあげられる。そのため、精神保健福祉士が援助の対象とするのは、主に精神障害者や家族であるが、彼らの抱える生活問題を解決するために、彼らを取り巻く社会に働きかけることも少なくない。

1964年に日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会（現、日本精神保健福祉協会）が創設した当時は、ワーカーの業務が力動精神医学と密接に結びついた精神分析とクリフォード・ピアーズ（C.W.Beers）の病院改革の運動の両者の影響をうけ、「臨床実践」か「ソーシャルアクション」かが議論された。その後、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会常任理事会では、「Y問題」

44) 高橋一「PSWの業務」『こころの科学』第89号、1999年、17ページ。

を機に、専門性を確立するために、1985年に業務検討委員会を設置し、1988年に「精神科ソーシャルワーカー業務指針」を公表した(表1)<sup>45)</sup>。この業務指針には、その対象者を生活者として捉え、基本的視点として、①個の尊厳と人権の確保、②対象者の主体性の尊重、③知る権利の保障、④自己決定の保障、⑤プライバシーの尊重をあげている。そして、業務分類では、①ケースワーク業務、②グループワーク業務、③地域活動業務、④関連業務に区分している。なかでも、ケースワーク業務では「医療における人権擁護」を明記しているのは、精神医療および精神保健に関する、社会の偏見・差別が現実存在していること、精神医療機関等において行動制限等が、必要以上に行われる危険性が予測されるためである<sup>46)</sup>。この業務指針をもとに、1994年に発行された「精神科ソーシャルワーカーの国家資格化に関する研究」の報告書では、「医療に関する相談、助言、指導、その他の援助」として、①受診受療援助、②入院援助、③退院援助、④療養生活上の指導援助、⑤グループワーク業務を、「社会経済面の相談、助言、指導、その他の援助」として、⑥社会生活上の指導援助、⑦経済問題調整、⑧家族問題調整、⑨地域活動業務をあげ、そして、⑩医療・福祉の分野の人権擁護、の10項目に整理している。

しかし、上記の業務分類表は、まだ社会復帰施設が整備されていない時代に公表されたものであり、主に医療機関に所属する精神科ソーシャルワーカー

45) 日本 PSW 協会「精神科ソーシャルワーカー業務指針」『精神医学ソーシャルワーク』Vol.20 No.26, 1990年, 79-85ページ。Y問題の特徴点は、①「本人不在」ですべてが進められ、入院が先行されたこと、②入院時に医師の診察がなかったこと、③精神病院に紹介した『PSW の面接記録と紹介状』そのものが、『医師の記録』として扱われたこと、④入院までの経過において、精神科ソーシャルワーカーの行為が精神衛生上問題はないこと、⑤安易に警察官の応援を求めていること、にあり、精神科ソーシャルワーカーの職業的立場と実践の意味するところが問われ、精神科ソーシャルワーカーの業務検討に関する報告がなされることになった。

46) 日本 PSW 協会「精神科ソーシャルワーカー業務指針」『精神医学ソーシャルワーク』Vol.20 No.26, 1990年, 83ページ。

表1 精神科ソーシャルワーカーの業務分類（1989年）

業務分類	目的	業務内容
1. ケースワーク業務	対象者との個別的関わりの過程で問題を明確化し、面接及び広範な社会資源の活用を通して問題解決に向かうことを目的とする。	①受診援助, ②入院援助, ③療養上の問題解決と調整, ④経済問題調整, ⑤就労問題援助, ⑥住宅問題援助, ⑦教育問題援助, ⑧家族問題援助, ⑨日常生活援助, ⑩退院援助, ⑪心理情緒的援助, ⑫医療における人権擁護
2. グループワーク業務	対象者との集団的関わりの経過を通して, 対象者個人の問題解決及び対象者の成長が図られることを目的とする。	①デイケア, ②アルコール・ミーティング, ③ソーシャルクラブ, ④患者・家族のグループワーク
3. 地域活動業務	対象者が地域社会で生活していく上で, 困難をきたす諸問題の解決のために諸機関・諸資源・住民との調整をはかる。地域精神保健ネットワークの創出をはかる。	①精神保健・医療福祉普及活動, ②近隣問題関係調整
4. 関連業務	対象者の問題解決は医師・看護婦(士)等との連携が大切である。また PSW が対象者に有効な援助を成立し得るための活動しやすい環境整備が重要である。援助者たる PSW の資質の向上のための業務である。	①社会資源開拓, ②クライアント処遇会議, ③各種会議, ④研修・研究・学会, ⑤教育実習指導, ⑥ボランティア調整, ⑦行事参加, ⑧情報処理

日本 PSW 協会「精神科ソーシャルワーカー業務指針」『精神医学ソーシャルワーク』Vol.20 No.26, 1990年をもとに筆者が作成した。

一の業務が基盤となっている。そこで、日本精神保健福祉士協会（前、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会）では、精神保健福祉士（精神科ソーシャルワーカー）の職域の多様化に伴い、2001年10月に会員に対して業務に関するアンケート調査を行っている<sup>47)</sup>。その結果、機関別業務遂行度では、医療機関が「受診援助」「経済問題調整」「家族問題調整」「日常生活援助」「心理情緒的援助」「情報処理」の項目で80%以上を占め、社会復帰施設では「入所援助」「療養上の問題調整」「経済問題調整」「日常生活援助」「心理情

47) 業務検討委員会「日本精神保健福祉士協会会員に関する業務統計調査報告」『精神保健福祉』Vol.33 No.1, 2002年, 76-77ページ。

緒的援助」「機関内会議」「機関内行事」「研修・学会参加」「情報処理」の項目で80%以上を占めていた。また、行政機関では「受診援助」「経済問題調整」「家族問題調整」「心理情緒的援助」「社会資源維持開拓」のが70%を超えていた。いずれの機関においても「心理情緒的援助」の遂行度が高かった。「教育問題援助」「アルコールグループ援助」の遂行度が低いものの、これらの必要性があることを示している。このように、機関別により業務内容の専門分化・機能分化がなされ、業務内容が幅広くなっていることが明らかになった<sup>48)</sup>。

今後、精神保健福祉士の所属機関が多様化されるに伴い、より一層、専門分化・機能分化された業務内容が求められることになることが予測される。加えて、2002年度より、精神障害者居宅生活支援事業が開始されたことにより、精神保健福祉士には、精神障害者のニーズを主としたケアマネジメント技術を用いた相談援助業務や、精神障害者が精神保健福祉領域のサービスを利用する消費者としての権利擁護、精神障害者が市民の一員として地域で生活できるための社会資源の開発などの業務への期待が高くなるものとする。

## 5. 精神保健福祉士の今後の課題

以上のことをふまえ、2003年度に行われる『精神保健福祉士法』の見直しに向けて、今後の精神保健福祉士の課題について検討を加えたい。

### 1) 「精神保健福祉士」の養成教育制度に伴う課題

日本精神科ソーシャル・ワーカー協会（現、日本精神保健福祉士協会）が1964年に創設されてから、入会資格として「4年制大学で社会福祉の課程を修め、現に、精神医学ソーシャルワークの業務をしている者」という基準を規定していた。現在の精神保健福祉士の有資格者（現任者を除く）も4年制大学等で精神保健福祉士の基本科目や実習を修めた者が中心となっている。

48) 業務検討委員会「日本精神保健福祉士協会員に関する業務統計調査報告」『精神保健福祉』Vol.33 No.2, 2002年, 174-175ページ。

しかし、4年制大学で様々な学部を卒業し、厚生労働省が認可する専門学校（一般養成施設等）で精神保健福祉に関する基本科目の履修や実習をした者にも、国家試験の受験資格が与えられることになった。本来、精神保健福祉士は、社会福祉の視点を持ち、人と状況の全体関連性の観点から精神障害者を理解し、精神障害者の生活上の問題を解決していくことが求められる。精神障害者の理解とは、精神障害者が障害者である前に一人の市民であること、精神障害者は疾病と障害が共存しているという特性があること、精神障害はあらゆる年代を通して発病する可能性があることなど、精神障害者の保健と福祉に関する知識が必要である。しかし、現在の精神保健福祉士養成課程における指定科目をみると、「精神医学」「精神保健学」「精神科リハビリテーション学」などの精神保健領域に関する科目は設定されているが、「生活者」「人間理解」などの理解を深める社会福祉領域に関する科目が設定されていない。唯一「福祉」の文言のある「精神保健福祉論」が設定されているが「精神障害者論」となっていない。この点に関して、「精神保健福祉士カリキュラム等検討会（座長 京極高宣）」では、「精神保健福祉論」は「保健」の延長に「福祉」があるにすぎず、「精神障害者論」とすべきであるとの意見が交わされたが、結果的に「精神保健福祉論」が採用された<sup>49)</sup>。堀口は、「精神保健福祉論」について、「精神障害者の福祉が精神保健・医療に従属するという意味を隠蔽させ、精神障害者福祉の遅延を温存させることにつながるという側面がある」ことを強調している<sup>50)</sup>。また、池末は「養成カリキュラムの矛盾点は、単位取得数、時間数の制約と社会福祉士の上にある資格ではなく横ならびの同等の資格、かつ別立ての資格ということを理由に、見

49) 「精神保健福祉士カリキュラム等検討会」（座長：京極高宣）1997年の「中間とりまとめ」では指定科目の変更が提示された。具体的には「精神障害者福祉論」が「精神保健福祉論」へ、「精神障害者福祉援助技術総論」が「精神保健福祉援助技術総論」へなど、「精神障害者福祉」という文言が「精神保健福祉」へと変更されている。

50) 堀口九五郎『「精神保健福祉士」資格制度の存立基盤と教育カリキュラムの再検討』『人間科学研究』文教大学人間科学部第23号，2001年，131ページ。

童、障害者、老人福祉論を指定科目、試験科目からはずしている点である」と指摘している<sup>51)</sup>。

近年の精神保健福祉領域では、思春期児童におけるひきこもりや家庭内暴力などの増加、老人性痴呆の増加、精神病院における入院者の高齢化、合併症をもつものの増加などが顕著であり、そのため、精神保健福祉士養成課程においても社会福祉士養成課程の指定科目にある「障害者福祉論」「老人福祉論」「児童福祉論」などの指定科目を履修することが望まれる。この課題に対して、4年制大学では、社会福祉士の資格を基盤に精神保健福祉士の資格をとるという「積み上げ型」を採用することで対応しているのが現状であるが、カリキュラムの組み合わせが困難であるとの意見も少なくない<sup>52)</sup>。今後は、現在の精神保健福祉士養成課程における指定科目が、精神医療・保健に偏っていることを踏まえて、社会福祉士養成課程における指定科目との整合性を図りながら、養成制度を再検討する必要がある。

## 2) 現任者の研修制度に関する課題

『精神保健福祉士法』では、精神保健・医療及び福祉の領域でソーシャルワーク業務を行っている現任者のうち「2003年3月31日までに指定施設において5年以上の相談援助業務の経験をもち、かつ厚生労働大臣の指定する講習会を修了している者」に対して国家試験受験資格要件を規定した。しかし、『精神保健福祉士法』では現任者でも、国家試験で合格し、かつ「精神保健福祉士」と登録したもの以外は「精神保健福祉士」という名称は使用できないことが規定されている（『精神保健福祉士法』第42条）。また、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会が、今回の精神保健福祉士の資格制度化に対して、「社会福祉学が基本にあること」「受験資格は福祉系4年制大学卒である

51) 池末美穂子「精神保健福祉士のあり方をめぐる問題」『2000年日本の福祉 論点と課題』大月書店、1999年、143ページ。

52) 2002年度 日本社会福祉教育セミナー「第6分科会 PSW 養成教育の現状と課題—大学と実践現場の協働をめざして—」第32回日本社会事業学校連盟第1回日本社会福祉士養成校協会、2002年10月13日（滋賀県 龍谷大学）



こと」を要望したが、現任者の国家試験受験資格要件に学問的基盤について規定されなかったため、「相談援助業務」の経験のある看護師、心理士、保健師など、さまざまな学問的基盤をもつ職種が精神保健福祉士の資格を取得できるようになった。このことから、今後は、現任者に対する社会福祉専門職の専門性を向上させる継続的な研修が必要といえる。つまり、「精神保健福祉士」として実践するには、精神障害者の抱える生活問題を精神障害者と精神障害者を取り巻く環境のなかで捉える視点や、その生活問題を精神障害者自らが主体となって解決できるように側面的に援助していく知識や技術が求められる。また「Y問題」が提起したように、精神保健福祉士は合法的な活動をしていても、時には人権侵害になる可能性があることを常に意識しておかなければならない。このような精神保健福祉士の専門性を高める育成及び研修方式として、石川は、精神科医の専門性を担保する「精神保健指定医」研修のような生涯型研修システムの導入を提示している<sup>53)</sup>。加えて、全国域、都道府県域、障害保健福祉圏域、そして市町村域の四層の研修エリアを想定し、その地域特性と地域間の格差を障害保健福祉圏域で調整し、精神障害者数に対応する専門職を確保する数値目標値を定め、地域の社会資源に応じた人材養成を計画的に推進するための研修づくりを提案している。このような提案をふまえ、時代の要請に応じた活動を行うために、継続的な自己研鑽の機会や同職種によるスーパーバイズ体制や、他職種とのコンサルテーション体制を構築することが望まれる。

### 3) 精神保健福祉士の職能集団としての社会的活動に関する課題

精神医学ソーシャル・ワーカー協会が、1964年に設立されて以降、要望してきた国家資格化が1997年に『精神保健福祉士法』として実現し、1999年の

53) 石川到覚「精神保健福祉士法の成立とPSW」『こころの科学』88号、1999年、16ページ。PSWの専門性を高める育成及び研修方式については、厚生科学研究「精神障害者に係わる専門職員の養成研修」(分担研究者：石川到覚、1999年)の報告書に例示している。

総会ではその職能集団の名称を「日本精神保健福祉士協会」と変更した。この精神保健福祉士が資格化されたことは社会的承認を得たことを意味し、これからが精神保健福祉士の真価が問われることとなるとともに、より一層の社会的責務を担うことになった。まさに、わが国の精神病院の喫緊の問題である社会的入院を減少させるとともに、精神障害者が一人の市民として地域で生活するノーマライゼーション社会の実現にむけた社会福祉実践が求められる。『障害者基本法』の制定以後、『精神保健及び精神障害者福祉に関する法律』の成立、『障害者プラン～ノーマライゼーション7カ年戦略～』の策定、『精神保健福祉士法』の制定などを経て、精神障害者が地域で生活するメニューは整備されつつある。今後は、市町村の地域精神保健活動の開始、3障害統合の施策化、『新障害者プラン』の策定などへの展開をふまえ、精神障害者が地域で生活するための環境の改善や社会資源の開発とともに、未だ精神障害者に対する一般市民の偏見の是正を図ることが望まれる。精神保健福祉士は資格化される以前から、精神障害者本人や家族の声を代弁し、制度や施策に働きかけてきた歴史がある。今後は、精神障害者を生活者の側面から支援するチームの一員として、精神保健福祉士一人ひとりの意見を職能集団の意見として施策や制度へ働きかけていくことが望まれる。

また、1989年に国家資格化された「社会福祉士」との関係や医療ソーシャルワーカーとの関係が整理がなされないまま、『精神保健福祉士法』が成立したため、『精神保健福祉士法』の付帯決議には「医療ソーシャルワーカーの資格制度については速やかに検討を開始すること。その際には、ソーシャルワーカー全般の資格制度のあり方を踏まえること」と規定されている。社会福祉士は社会福祉領域におけるジェネリックな資格であるといわれているが、その対象には「病者」は含まれず、精神障害者のような疾病と障害を共存する場合は援助の対象とならないとされている。また、医療ソーシャルワーカーも単独の国家資格化は進展していない。しかし、国際的なソーシャルワークもジェネラリスト・アプローチへと移行しており、ソーシャルワーク

教育においてもジェネラリストソーシャルワーカーの養成が主流となりつつある。そのような状況で、わが国におけるソーシャルワーカー全般における資格制度をマクロな課題として、それぞれの職能集団が合同で議論していくことが求められている。

## Professionalism for Certified Psychiatric Social Workers: The Current Status and Future Directions

Setsuko SAKAE

This study presents the historical overview of Japanese psychiatric social workers and the development of the professions in Japan. The author maintains that certified social workers should focus on psychosocial model and ecological approach for clients who use mental health services. However, certified social workers are trained in the certification system which more strongly emphasizes the medical model. In the future directions of the certification system, the author recommends reorganization of the certification curriculum, construction of continuing education system for the current certified psychiatric social workers, and clarification of the roles for the Japanese Association of Psychiatric Social Workers.

Key words: Certified Psychiatric Social Worker, the Mentally Disabled  
Psychosocial model, Ecological approach, Life model