



精神保健福祉学の展開：  
非自発的入院と侵害原理からみたソーシャルポリシ  
ーの特異性

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2023-04-27 キーワード (Ja): キーワード (En): psychiatric social work, social policy, paternalism, harm principle, involuntary psychiatric hospitalization 作成者: 大西, 次郎 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10466/00017994">http://hdl.handle.net/10466/00017994</a>

# 精神保健福祉学の展開

——非自発的入院と侵害原理からみたソーシャルポリシーの特異性——

Development of studies on mental health and welfare: discussing the specificity of social policy focusing on involuntary psychiatric hospitalization and harm principle.

大西 次郎

精神保健福祉学が独立した学問分野たるディシプリンとして成り立つための鍵は、社会福祉学との間のソーシャルワーク面の共通性と、ソーシャルポリシー面の特異性にある。

共通性は、メンタルヘルスを包括する生活上の諸課題に対し、個人の特性を踏まえた支援が試みられる近況に現れている。このような支援の広がりは、精神保健福祉士の職域の拡大と軌を一にした、ソーシャルワーク全体の流れである。

特異性は、ソーシャルポリシーが適応される集団の違いに認められる。社会福祉学は地域住民を分け隔てなく対象とする。福祉の普遍化を進めた。一方で、精神保健福祉学は非自発的入院の形で精神科医療を受ける、障害当事者を対象の中心に置く。

非自発的入院を正当化する理由にはパターナリズムに加え、他者に対する侵害の防止、すなわち侵害原理が想定される。精神障害者に向けた地域住民からの社会防衛は、暴力から迷惑へと認識を変えながら、現代的な課題であり続けている。

キーワード：精神科ソーシャルワーク、ソーシャルポリシー、パターナリズム、侵害原理、非自発的入院

## 序章. 問題の所在

精神保健福祉学は草創期にある。精神保健福祉という学際的な研究領域の発展を網羅して、多様なメンタルヘルスの向上に資する体系へ高めていくには、協働する当事者と専門職が経験や実践を通して得た知見を各人の関心内にとどめず、集約し組織化せねばならない。そのような場を精神保健福祉学が担い、一つの独立した学問分野たるディシプリンへ至るための鍵は、社会福祉学との間の「ソーシャルワーク面の共通性」と、「ソーシャルポリシー面の特異性」にある<sup>22)</sup>。

つまり、精神保健福祉学が固有の学問分野として成り立っているか否かは、社会福祉学との比較において検討されねばならないのである。社会福祉学は、中心的な課題を個人的な問題に還元するか (e.g. 心理学の影響)、社会的な問題に還元するか (e.g. マルクス経済学の影響) に関して、振り子のように19世紀のCharity Organization Societyの時代から揺れてきた。そして現代においては、社会福祉学は両者を包括すると理解されている。その際、技術的な面から自立生活への支援を図る個人の側にソーシャルワークを、次いで制度・政策面から集団の統合発展を目指す社会の側にソーシャルポリシーを置いて認識がなされている<sup>22)</sup>。

OHNISHI, Jiro  
大阪市立大学 大学院生活科学研究科 総合福祉・心理臨床科学講座  
E-mail : ohnishij@life.osaka-cu.ac.jp

2015年に田中<sup>33)</sup>は、精神保健福祉学には「国民の精神保健問題を社会福祉と精神保健の視座から解明」することが求められるとし、精神障害者支援にとどまらず広く「犯罪、非行、アルコール

問題、薬物乱用、虐待、不登校、ひきこもり、ごみ屋敷、孤立死」などへのアプローチの必要性に言及している。これは、「ソーシャルワーク面の共通性」を示しているといえよう。

なぜなら、すでに社会福祉学の立場からも2008年に「生活課題が多様化・拡大化・複合化する現状への対応」<sup>17)</sup>が求められ、「自殺者、ホームレス、引きこもりや孤立、新たな貧困問題、不登校、いじめ、経済的不平等などの課題<sup>10)</sup>が取り上げられているからである。つまり精神保健福祉学と社会福祉学の共通性は、メンタルヘルスを包括する諸課題に対し、個人の特性を踏まえた支援が試みられる近況に現れている。

その上で、社会福祉学のなかにおいてソーシャルワーカーのかかわりが事後対応から予防的支援へシフト<sup>39)</sup>するなど、さまざまな社会的リスクが誰の身にもふりかかり得る、普遍<sup>注1)</sup>化された問題として意識されている。このような支援の広がりには、精神保健福祉士の職域の拡大と軌を一にした、精神科ソーシャルワークを含むソーシャルワーク全体の流れである。

ただし、メンタルヘルス上の課題を含む社会的リスクの普遍化が社会福祉学における一つの展開なら、精神保健福祉学もまた同じように、「ソーシャルポリシー面の特異性」に関する展開を論じておかねばならない。前記のように、社会福祉学との異同を常に峻別すべく努めればこそ、精神保健福祉学は独立した学問としての可能性を批評されるに値するからである。

もともと社会福祉学は、結核に続くハンセン病患者運動へのまなざしといった、マイノリティの社会的復権に向けた視点を保ちつつも、その軸足をマジョリティである地域住民に置く「福祉の普遍化」<sup>22)</sup>へ移していった。これに対し、精神障害者・家族を社会防衛のもとで疎外してきたのも、また地域住民—そして精神科病院—であった。つまり、地域住民が支援の受け手であって(社会福祉学)、かたや社会防衛の一端を担っていた(精神保健福祉学)という対照性に着目する、「ソーシャルポリシー面の特異性」を明示することが本稿の

目的である。論文の構成を以下に示す。

まず第I章で、精神保健福祉学におけるソーシャルポリシー面の伝統的な立場を、社会福祉学との比較から検討した。その結果、制度に根差した医療モデルに基づく対象理解と、精神障害者の排除に働く地域住民の位置付けという、2つの精神保健福祉学の特質を抽出した。

第II章では医療観察法(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律)を取り上げて、非自発的入院の側面から近年における制度への関心は精神保健福祉学と医学との間で共有されているものの、その制度により規定された、地域住民からの疎外構造の解明は精神保健福祉学に固有の現代的論点であることを導いた。

第III章では自衛を目的とする、精神障害者に向けた排他的干渉を地域住民(侵害原理)ならびに国家(ポリスパワー)に分けて把握し、本人の利益をもって非自発的入院を正当化するパターンリズムと比較のうえ、制度設計に絞って処遇を論じることの限界を示した。さらに、侵害原理が精神障害者の地域移行・地域定着に対し、抑制的に作用している可能性を指摘した。

第IV章では社会防衛の旧来の要素として、地域住民による医療者や制度への圧力と、社会福祉関係者による政治参加への消極性をあげた。続けて現代の要素として、新しい社会的リスクを身近に感じた当事者による、暴力から「迷惑」に矛先を変えた「制度依存型スティグマ」の存在を提起し、制度化が「迷惑」認識を強め、「制度依存型スティグマ」を招く負の連鎖を想定した。

最後に第V章で、精神保健福祉学におけるソーシャルポリシー面の方向性として「制度依存型スティグマ」を防ぐ制度設計のあり方へふれるとともに、地域住民の語を物理的な存在状況から持続的な交流状況へあらためていく姿勢から、精神保健福祉学の間口は多くの当事者・専門職に開かれていることを確認のうえ稿を終えた。

文献の引用については、「ソーシャルワーカーがその援助活動を発動できるのは、対象となる問

題が社会的次元を含んでいる場合である」「社会性や公共性と連関していなければ社会福祉の対象にはなり得ない」<sup>26)</sup> という観点から、社会学の視座が応用されている著述を中心に選択した。また、医療観察法に関しては、主に精神科医師で構成されている学術団体である日本精神神経学会（学会誌：精神神経学雑誌）の論説を参照した。

## 第 I 章. 精神保健福祉学におけるソーシャルポリシー面の「伝統」的特質

序章でふれた普遍化（包摂）と社会防衛（排除）を、ソーシャルポリシーの側面より検討する。なぜなら、精神障害者を地域から隔てることに、精神科病院への非自発的入院を正当化する諸制度が重要な役割を果たしてきたからである。

これに対して、社会福祉学における制度上の歴史的な関心は、もっぱら経済学を基盤とした社会体制そのものや雇用・労働・貧困などへの対応にあった<sup>22)</sup>。しばしば個人モデルによる医療実践と、地域住民に適応される社会モデルは対抗軸で把握されるが、その合間で制度の介在がもたらす当事者への影響は看過されがちなのである。

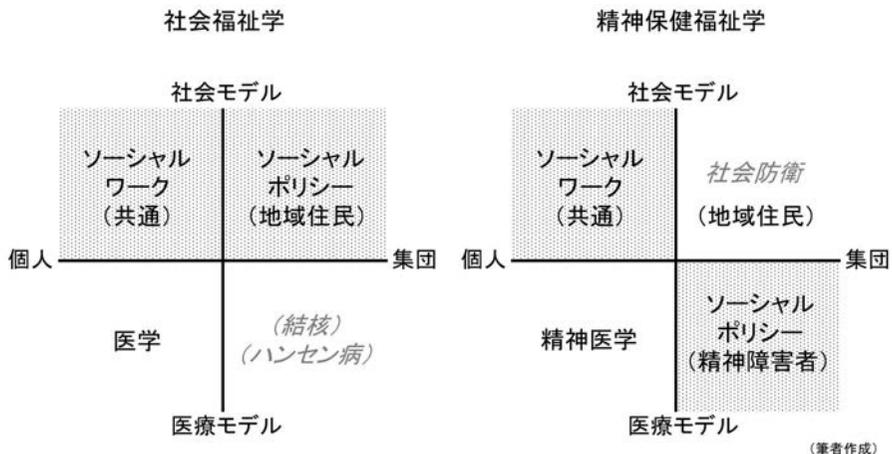
その理由として杉野<sup>25)</sup>は、「社会学者はつねに普遍的な要因に関心を寄せている。いわば、個別社会を超える現象に社会学者の関心は寄せられて

いて…制度への関心は薄い」と社会学者に注意を喚起しつつ、「援助実践の臨床家たちも…やはり『臨床効果の普遍性』に関心があるために、ローカルな『制度』が臨床に与える影響を忘却しがちである」と述べている。つまり、ソーシャルポリシーの側面から精神障害者・家族における社会への包摂／排除を論じ、なおかつ社会福祉学との異同を勘案するに際し、「個人—医療モデル vs. 集団—社会モデル」の二分法は目が粗いのである。

そこで、当事者が直面する問題における原因の捉え方を縦軸（社会モデル—医療モデル）に、支援対象の大きさ（個人—集団）を横軸に取って図にあらわし、社会福祉学の立場を全体の左に、精神保健福祉学の立場を同じく右に取って解釈を加えていく。

まず、医学や精神医学が個人を文化や国境、人種を問わない普遍的な「ヒト」とみなし、医療モデルを介して疾患の病態や治療を追求していく立場がある（両図・左下）。しかし、「医療制度が臨床に与える影響は無視されやすい…日本でならば治る病気が、治せない国は無数に存在する」<sup>25)</sup>。それゆえ医療モデルに接しつつ、個人と制度を結ぶのは医療ソーシャルワーク、精神科ソーシャルワークを含むソーシャルワーク全体の働きである（両図・左上）。

社会学は相対的に、個別性を超えた社会の普遍



図：ソーシャルワーク面の共通性とソーシャルポリシー面の特異性

的な構造へ関心を寄せてきたが、社会福祉学は前記のように個人と制度のかかわりを意識してきたため、その制度を通じて規定される集団(地域住民)の動向から自由ではなかった。ただし、社会福祉学において制度と地域住民を結び付けていたのは医療上の課題だけに限らない。

すなわち、経済成長を経てわが国の中間層が充実し、セーフティーネットがそれなりに整備され、ソーシャルポリシーの背景にあったマルクス経済学の影響力が低下したとき雇用・労働・貧困などの問題が、所得を媒介とする限られた対象者の枠を超え、地域住民全体へ広がる普遍的な生活問題に包括されていった(左図・右上)のである。結果として、社会福祉学の対象規定は社会学における普遍<sup>注1)</sup>的な集団理解、つまり社会モデルに近づいた<sup>注2)</sup>。

もちろん、社会福祉学においてソーシャルポリシーが医療モデルで把握されることもある。医療は患者の権利を保障するシステムを持たないと、専断的対応に傾く危険性を内在させており<sup>4)</sup>、その防止に配慮した「病名の告知、意志決定能力の判定、代理者制度」といった事項である。

精神障害者に対しては、これに「非自発的入院、強制的な治療や行動制限、異議申し立て権」などの内容が加わる。いずれもインフォームドコンセントが基本とされ、対象個人の属性によらず広く医療利用者に認められた、治療に関する意志表明権である。

これらの、いわゆる自己決定は疾病構造の変化と高齢化に伴って、治療方針や救命措置の判断などで多くの人々が(人生の半ば以降に)システムの側から要請されることとなった。従って、社会福祉学のソーシャルポリシーは医療においてもまた、左図・右上の普遍へと移行した。そこには、生活習慣病や悪性新生物が完全な回復を見込みにくいため、治癒より管理を目指すという疾病との付き合い方の修正と、それゆえ重視されるに至った生活や行動への働きかけにより、医療モデルからの脱却が加速されるといった後押しがあった。

一方で精神障害者は、生活習慣病や悪性新生物

を持つ人々に比べてマイノリティである。なおかつ、精神科医療は長期にわたって患者の社会生活の自由を奪いかねないため、とりわけ権利の保障システムを整備しておく必要度が高い。つまり、障害と疾病の併存から医療との結び付きを余儀なくされるにとどまらず、量的(医療利用者のうち少数)にも質的(自由の制限における強さ)にも、精神障害者は普遍化から遠い存在なのである(右図・右下)。

言葉を足せば、社会福祉学と比較して精神保健福祉学における援助の客体は、主に医療をコントロールする精神衛生法以来の制度に基づき病名から規定されるという特徴があり(医療モデルによる対象理解)、さらに「一皮肉にも」普遍的だったのは「社会防衛のための精神科病院およびそれを期待してきた地域社会」<sup>22)</sup>という逆風であった(右図・右上)。

以上のように、医療と制度の分かれがたい介在、ならびに集団(地域住民)からの疎外(社会防衛→第三章)という意味で、精神保健福祉学の対象規定はあくまで医療モデルに引き付けられてきた(右図・右下)。精神保健福祉学におけるソーシャルポリシーは、マイノリティたる精神障害者に対し、マジョリティたる地域住民(排除)と、精神科病院に適応される医療制度(収容)が向き合う形で展開してきたといえよう。

## 第Ⅱ章. 精神保健福祉学におけるソーシャルポリシー面の「現代」的特質

第Ⅰ章では歴史的な経緯を追ったため、第Ⅱ章では現代の社会福祉学と精神保健福祉学の異同につき、制度ならびに地域住民の観点から引き続き検討を加える。

近年は、脱施設化の流れのなかで精神科病院からの地域移行・地域定着支援がまがりなりにも効を奏しつつあり、住民の精神障害者に対する理解も徐々に深まって、かつての偏見は少しずつ解消される傾向にある。統合失調症の軽症化や治療法の進歩により新規発症者の予後が改善され、加え

て長期・社会的入院患者がその寿命を終えるとともに、メンタルヘルスの不調が社会に蔓延し、積極的な意味でも消極的な意味でもスティグマ<sup>注3)</sup>は陳腐化を免れない。すなわち、社会福祉学と比較した精神保健福祉学の特質（第I章）は薄らいできてもおかしくないのである。

例えば、犯罪という社会不安の面を取り上げるなら、精神障害者の方が非精神障害者より犯罪率が低く、犯罪歴のある精神障害者も犯罪歴のある非精神障害者に比べて再犯率が低いこと、むしろ被害者になる割合が非精神障害者より高いことなどが知られるようになって、精神障害者に対する右図・右上の社会防衛がその姿をあらためていくのは—マスメディアの取り上げ方などの要素も加わり変則的であっても—後戻りすることのないように思える。

ならば精神保健福祉学は、障害と疾病の併存という精神障害者の実態から医療モデルを完全に排除できずとも<sup>注4)</sup>、右図・右下に多少の地歩を残しつつ右図・右上の地域住民側へ包摂されていくのであろうか。そのような有様は、結核やハンセン病を後にしての普遍化という、医療ソーシャルワークの領域でみられた社会福祉学の流れに重ねられる<sup>22)</sup>。

しかし現実には、社会福祉学と精神保健福祉学の接近は必ずしも明らかでない。

まず、対象を取り巻く制度の問題である。例えば、「精神保健福祉法のもとであれば退院後の治療継続に不安があるために退院決定が躊躇される場合であっても、むしろ、退院させて治療を継続する道を開いて対象者の社会復帰を促進しようとした（傍点筆者）」<sup>5)</sup>と評される医療観察法に基づく入院処遇に関しては、理念と逆に「入院は一段と長期化してきた。厚労省がガイドラインで定めていた『18ヵ月』で退院するシナリオは、なし崩しになってきた」との指摘がある<sup>1)</sup>。精神障害者の、地域住民へ向けた包摂は一筋縄ではいかないのである。

むしろ、『18ヵ月』というモデル自体が一般の精神科医療と比べて長い<sup>14)</sup>とはいえ、「多くの対

象者はこの期間（筆者注：18ヵ月）内に社会復帰を果たすことができた」<sup>13)</sup>とする言及もあり、医療観察法に対する評価は分かれる。それでも、同法により退院処遇となった者の41%が精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）による入院を経験しており、低くない再入院率<sup>15)</sup>は憂慮される。

医療観察法において退院が滞る理由には「居住地確保の手段が欠けている」といった指摘<sup>40)</sup>のほか、指定入院医療機関から裁判所へ提出された退院申し立ての棄却が調査235件中63件<sup>15)</sup>あって、かつ棄却16事例を詳細に検討すると医療機関からみて「正当である」のは2件に過ぎない<sup>18)</sup>といった報告があり、入院の長期化要因は医療者における要治療性の差配だけにとどまらない背景を持つ。

また、医療観察法の入院処遇には、従来の措置入院や医療保護入院になかった設備と人員が割り当てられている<sup>注5)</sup>。その水準の高さによって皮肉にも、「通院処遇や一般精神科医療との格差が非常に大きいため、入院処遇終了となった後に治療の継続性が失われやすく、病状の悪化を招いたり、自殺の可能性を高める一因となることも考えられる」<sup>7)</sup>とする意見もある。

上記の概況から、精神医学の分野において制度自体の瑕疵の存否につき、積極的な議論が交わされている。精神保健福祉学の立場からも、医療観察法において退院を判断する裁判官と精神保健審判員（精神科医）からなる合議体に対し、精神保健参与員として積極的に意見具申するといった形などにより制度への関心が向けられている。

これは、精神保健福祉学が「社会福祉学と精神保健学（医学を含む）の2つの科学を基軸とした学際科学」<sup>33)</sup>であるならば、自然な形である。つまり、この制度への関心は精神保健福祉学における、医学との問題の共有性の強さを—社会福祉学との比較において—示しているのである。

次いで、地域住民に対する把握である。換言すれば、制度的な処遇内容が漸次整備され、精神障害者を取り巻く環境が徐々にあらたまりつつある昨今、右図・右上の地域住民は精神障害者の包摂

に前向きとなってきたか、である。

この論点は、(精神)医学との比較において右図の象限の対極に位置するように問題の共有性が乏しく、社会福祉学との比較からも地域住民による疎外構造を注視している点で、精神保健福祉学においてこそ深められるべきといえよう。

そのことを強調する理由は、精神障害者に対する全般的な認識が穏当な流れに向かっても、精神障害者へ選択的に適応される制度が(その瑕疵の有無にかかわらず)存在するため、地域住民のなかにスティグマが宿り続ける(第IV章)可能性を慮るからである。言葉を足せば、社会福祉学とあいまって光を当てた広いメンタルヘルスの課題というより、あくまで精神科医療を主な舞台とする制度によって規定された、精神障害者というマイノリティの前に立ち塞がる現代の社会防衛の存在を懸念するのである。

### 第三章. 非自発的入院からみた制度把握の限界 —パターナリズムとポリスパワー—

地域住民がかつて、精神科病院とともに精神障害者へ向けた管理強化と収容を促した史実は社会防衛という言葉で知られている<sup>22)</sup>。この社会防衛に不可欠だったのが、非自発的入院を正当化するに足る根拠であった。「ソーシャルポリシー面の特異性」を明確化するため、引き続きこの非自発的入院に光を当てて、制度を論じる重要性とその限界につき精神保健福祉学の立場から検討する。

インフォームドコンセント(第I章)において一般の医療利用者との類似を認めた精神障害者だが、それでも精神科以外の医療と精神科医療が制度上大きく異なる点は、精神障害者の自己決定と対立する手続き、すなわち非自発的入院にはかならないであろう。

このような、意志をくつがえす制度が許容される範疇に関し、古く国家による個人の自由への介入を体系的に論じたミル<sup>11)</sup>は「誰かの行動の自由に干渉するのが正当だといえるのは、自衛を目的とする場合だけである…本人にとって良いこと

だから、本人が幸福になれるから…は正当な理由にならない」と、他者に対する侵害の防止に絞った。これは、自由主義の定義としてしばしば第一に引用される言説であり<sup>12)</sup>、同文を含む彼の『自由論』を足がかりにして、論を続けていく。

同書で、ミルはこの原則の適用対象を「判断能力が成熟している人」<sup>11)</sup>と定めており、精神障害者や未成年者、認知症者などにおいては、パターナリズムに基づく処遇をあくまで限定的に認めている。自発的な治療関係を原則とする医療が、それを否定する例外を許す場合は「非自発的な医療の要件である以上、ポリスパワーまたはパターナリズムのいずれかから正当化されなければならない」<sup>5)</sup>のだが、ミルはパターナリズムによる介入の拡大を戒めている<sup>16)</sup>のである。以上の発想は、侵害原理(危害防止原理)と呼ばれている。

本稿では、精神障害者を取り巻く環境下において、侵害原理に由来する自衛のための干渉を地域住民が意識するときこれを社会防衛と位置付け、同じ目的で国家が定める排他的干渉をポリスパワーに位置付ける。その意味で、ポリスパワーの源泉の一つは侵害原理に求めることができる。非自発的入院の成立においては、パターナリズムに対するポリスパワーにとどまらず、地域住民による侵害原理の作用にまで踏み込んで分析する必要があると思われるからである。

なお、パターナリズムは本人の利益をもって介入を正当化するが、この利益には消極的利益と積極的利益があり、両者は「平均的生活利益」を境に区分される。従って、本稿におけるパターナリズムは「本人の行為を放置しておくとは平均的生活利益すら喪失しかねない状態」<sup>24)</sup>を前提とした介入であり、消極的パターナリズムに相当することを予め確認しておく<sup>注6)</sup>。

さて、現代においてはミルが原則とした侵害原理の貫徹と、パターナリズムへの消極的態度は汎用できなくなっている<sup>27)</sup>。例えば、当時ミルがしばしば論考の対象とした経済活動の場において、今や利潤極大化を図る個人や多国籍企業の動きに対し、自由放任主義が衰微した福祉国家のもとでパ

ターナリズムを全面的に排斥することは不可能<sup>24)</sup>とされているのである。

医療の場においても同様の傾向が見て取れる。第Ⅱ章で参照した医療観察法に関して言えば、これを評して池原<sup>5)</sup>は「この法律による医療の必要は、対象者の社会復帰に向けられた後見的な観点から判断されるべきものであり、パターンリズムに基づいて非自発的医療が正当化（傍点筆者）」されていると述べ、パターンリズムが社会復帰を目的とする後見という、地域住民との包摂を目指す重要な概念であることを指摘している。

その上で彼は、「ポリスパワーを根拠にして非自発的医療を行うことが許されるのは診断時点に近接した即時的なあるいは切迫的な時間的範囲に限定されざるをえない…ポリスパワーに基づく医療を放棄することが必要なのではないか<sup>5)</sup>」と断じている。

つまり、医療観察法は精神保健福祉法と質的に同じ精神科医療をコントロールする制度であって、医療観察法は重大な他害行為をおかした精神障害者の「便益を図るため」の新たな医療処分の補充と理解されている<sup>38)</sup>のである。

ただし、これはもっぱら医療を介して精神障害者とかかわる人々の間のコンセンサスといえよう。なぜなら司法関係者は、「保安・再犯予防をもって」法の根拠とみなす場合が少なくないからである。実際には、医療の提供が結果として保安につながるが多いため意見の違いは表面化せず、不問に付される傾向がある。それでも、処遇が順調に進まないときには矛盾が露呈する<sup>15)</sup>。その苦境を富田<sup>34)</sup>は、「司法と精神科医療の間の矛盾は、後者が司法の枠組みに押しつぶされつつ、他方で収容主義に低迷しているという状況」と吐露している。

このように、ポリスパワーを前にしてパターンリズムは必ずしも盤石ではない。経済活動における考案を振り返っても、ミルにやや批判的な立場を取る中村<sup>16)</sup>でさえ「パターンリスティックな立法と言われるものは、実際多くは『侵害原理』等のほかの立法理由との組み合わせによって正当化される」と認めている。すなわち「パターンナ

リズムが考慮されるとしても、侵害原理が基礎にあることを忘れてはならない」のである。

医療における要治療性の判断は制度に基づいて行われるものの、実際の処遇は「その時代の精神医学の事情に加えて、精神障害をその社会がどのようにみているかということ…によって、対処の仕方」に大きな違いが生じてくる<sup>20)</sup>のである（傍点筆者）。そこに、地域住民からの侵害原理が作用する余地が生まれるし、「精神医学の事情」を付度する精神医学（医学的観点）と、「社会がどのようにみているか」に目を向ける精神保健福祉学（社会的観点）との違いも現れてくる。

既述のように医療観察法下における処遇では、一般の精神科病院との治療環境の格差が指摘されており、精神科医療全体の底上げを待たなければ、パターンリズムに基づいた「躊躇される場合での退院促進」（第Ⅱ章）も「社会復帰に向けられた後見」（第Ⅲ章）も日の目をみないおそれがある。すなわち、非自発的入院に根拠を与える制度のなかでも比較的手厚い医療観察法でさえ、入口で行使されたパターンリズムが、出口における入院期間の長期化や退院後の思わぬ転帰などから、地域住民との包摂に十分働いていない可能性が認められるのである。

もとより非自発的入院を正当化する根拠が、ポリスパワーないしパターンリズムのどちらか片方だけに収斂するか否かは明らかでない。「2つの原理が補い合って介入の正当化根拠となる場面もある<sup>24)</sup>」からである。ここに、パターンリズムないしポリスパワーという、制度設計上の問題を主たる媒介として、精神障害者の処遇を論じる限界の一端がある。

まとめると、精神障害者に対する、かつての管理強化と収容に制度は不可欠であった。その制度を現代においてあらためていこうとする姿勢は、精神医学と精神保健福祉学の双方に共有される。一方で、制度設計に絞った精神障害者の処遇における論考の限界もまた存在する。

加えて、精神医学と精神保健福祉学それぞれの、実際の処遇における医学的観点ないし社会的観点

という目の付け所の違いが認められる。制度、さらに制度とともに存在する精神科病院・地域住民を包括した複眼的見地が、時代や学問領域を超えて持たれるべきであろう。

そして、既述のように医療観察法下の入院の長期化要因は、医療者による要治療性の差配(医学的観点)だけにとどまらない(第二章)。そこで精神保健福祉学の立場からの複眼的見地として、地域住民を視野に入れた、精神障害者の地域移行・地域定着への侵害原理に基づく抑制的作用(社会的観点)を引き続き検証していく。

#### 第四章. 地域住民による現代の社会防衛 — 「制度依存型スティグマ」 —

今一度、ミル<sup>11)</sup>に戻る。ミルは個人の自由を制限する地位にある権力主体として、少数の為政者を考えてはいない。むしろ「最高の地位への競争にまで一般の人々が参加でき…個人間の違いをなくしていく要因」が働くことで「世論が政治を支配する状況が確立した」ため、「社会のなかである程度の力を持つ勢力が…大衆のものとは違った意見や傾向を保護しようとする状況ではなくなっている」と記す。すなわち社会的な立場の貴賤によらず、一人ひとりの力は弱いと提起するのである。

ここから、地域住民によりもたらされてきた歴史的な社会防衛の姿を考える。

まず、精神障害者の地域移行の促進に遠回りをしているようにみえる医療者や制度の有様は、それらの背景に存在する地域住民という多数集団の一病院関係者(例えば非自発的入院における精神保健指定医)は相対的に小規模な、制度は逆に大規模な一意向を少なからず反映している構図が考えられる。地域住民は病院関係者や制度に対する圧力を介して、侵害原理を行使しているということである。

行使の態様そのものは、過去から著変がないと思われる。具体的に医療観察法において指定入院医療機関から退院する際の、円滑な居住地確保の

困難さを取り上げてみる。精神保健福祉士などによる社会復帰調整官が退院予定地域の生活環境面や地域住民間の調整に当たるが、不動産業者と賃貸契約を結んだり、外出・外泊訓練を行ったりする際の地域の受け入れに退院の動向は左右される。さらに退院後に看護・介護の訪問サービスを受けたりすれば、専門職であるという違いこそあれ、担当者は多くの場合、機関の別なく近隣に居住している。

各々がわずかずでも、地域住民としての立場から消極的・否定的な態度を蓄積させれば病院関係者は調整を円滑に進めることができないし、結果として制度が想定する入院期間内の退院は難しくなり、制度自体の維持・存続にも影響してくる。医療観察法においては、退院が合議体(第二章)の意見の一致によるため、より精神科医療以外の要素が反映されやすいというだけで、この構図であれば侵害原理の発動は制度の違いによらない。

さらに武川(1999年)<sup>30)</sup>が指摘する、「社会福祉関係者が、福祉社会において参加につき論じるとき…政治参加の問題を不問に付す傾向」も、社会防衛が払拭されない一因であろう。もちろん、当の武川はその後(2014年)、社会福祉法における市町村地域福祉計画と都道府県地域福祉支援計画の策定・変更の際の住民参加を取り上げ、「政治参加が『軽視』されることはなくなった」<sup>31)</sup>と述べている。それでも精神障害者はマイノリティであるうえ、この場合の政治参加は制度の側から地域住民に開かれているため、「社会福祉関係者」の姿勢が問われている状況に変わりはない。以上の要素は、時代を超えて大なり小なり存在したと思われる。

次に、現代における社会防衛の変転を考える。

昨今は多様な生きづらさが蔓延するのに、その責任はしばしば個人に帰せられる。湯浅<sup>41)</sup>は過労死、非正規雇用、ネットカフェ難民、犯罪、児童虐待、自殺、貧困といった複合的な社会的リスクがいずれも同じ理由で個人の選択の問題に帰せられていると主張する。その上で、個人が自由に生き方を選べるという「基本的な前提を欠いている」

ことを「多くの人たちが知っている」ことが自己責任論の濫用を防ぐために重要だとする<sup>41)</sup>。従って、それぞれの問題の「背景・実態を多くの人に知らせる必要」が生じるのであって、逆に言えば、地域住民に知られていない生きづらさは、相対的に問題を抱えた個人にしわ寄せされてしまう。

個人へのしわ寄せの結果として、困難から脱するため同じ社会的リスクを持つ者同士がつながりを求めたり、助け合ったりするネットワークの構築が容易ではなくなる。現代においてリスクを抱えた者がまとまることの難しさは、例えばリストラが特定の人々に集中するのではなく一部の労働者に確率的に降りかかるために、リスクに目をつむるという「リスクの個人化」に由来することを山田<sup>37)</sup>が指摘している。地域住民といっても、それは住民の物理的な存在状況を指し、住民同士の交流をそのまま意味してはいないのである<sup>8)</sup>。

実際に、世界と比較すると教会・宗教団体、スポーツ・レクリエーション団体、労働組合といった市民組織への加入において、「日本の低さは異常なほど顕著」<sup>36)</sup>と言われている。

かつて、精神障害者も一人ひとりの“精神病患者として”分断されていた。今でも、スティグマから若者に想起される言葉は「最終的には、統合失調症とうつ病に集約される」<sup>9)</sup>という。このことは、新しい社会的リスクが当面スティグマを免れている理由の一つと考えられる。

その一方で、現代においては当事者の運動や援助者の尽力の蓄積がまがりなりにも効を奏し、精神障害者の地域移行・地域定着が徐々に進みつつある。スティグマの低減には啓発教育や接触体験はもちろん、『『個人的に知っている』こと』<sup>35)</sup>が大切である。地域移行・地域定着は、これらの面から精神障害者が病院外で置かれた立場をあらためていくだろう。

逆に、多様化・拡大化・複合化した昨今のメンタルヘルスの不調はじわじわ社会に蔓延し、スティグマに関して精神障害者との間の差異は縮まっていくだろう。

なぜなら、諸問題を有する人々の生きづらさの

理由の一つが「知られていない」ことによる自己責任へのしわ寄せなら、比較的新しい社会的リスクを持つ人々より、精神保健福祉法や医療観察法に規定される精神障害者はむしろ、「知られている」からである。例えば、中学校教員に対する調査において「全体的に…統合失調症の社会生活能力を認める傾向にあり、精神障害者全般の社会復帰に対する肯定的見方が示されていた。また、ストレスを統合失調症の最も重要な病因と規定する傾向が強かった」<sup>21)</sup>等の穏当な見解が報告されている。いわば（地域住民に「知られる」ことを通した）分断やスティグマの緩和により、精神障害者は新しい社会的リスクを持つ人々に比べ、生きづらさが相対的に軽減されてきているのである。

ただし、精神障害者は地域住民との包摂をソーシャルポリシーの面から封じられてきたため、権力主体への参画が遅れている。従って、現代の社会防衛は—あえて言うなら—いまだ地域住民としての立場が十分でなく、権力主体となり得ていない精神障害者に対する、伝統的な権力主体でありながら生きづらさの面で深まりゆく困難を身近に感じた、地域住民による疎外といえよう。

その特徴は、過去における社会防衛と違って、重大な他害行為をもたらず脅威として精神障害者は（耳目を集めた事件における精神鑑定の影響は残るにしても）、おそらく捉えられていない点にある。歴史的に、ミルの時代の侵害原理における侵害とは「盗みや傷害や殺人や強姦や放火などの暴挙」、すなわち暴力そのものを指していた。これが、かつての社会防衛における精神障害者のイメージ（もちろん誤っている）に近かろうが、昨今の侵害は暴力にとどまらず、「迷惑」へと広がっているからである<sup>12)</sup>。

侵害の内容が暴力から「迷惑」に広がるのは社会の成熟のなせる業で、そこから導かれる相対的な自由の範囲の狭小化に呼応して、価値多元主義が支持されていったという。単に暴力をふるわなければいいのではなくったとき、複数の価値観を尊重する価値多元主義は、「多様な者たちの共生」の知恵となるのである<sup>12)</sup>。つまり粗暴な行為

にとどまらず、できるだけ生活上の「迷惑」をお互いかけないという暗黙の了解である。「迷惑」の内容は表面的な外見や言動の奇異さといった一方向的なレベルであって、会話や相互行為のレベルには至っていないと考えられる<sup>32)</sup>。

それゆえ地域住民のなかへ溶け込むことに、かつての社会防衛を理由として乗り遅れた精神障害者に対しては、漠然とした「迷惑」という受け止めで侵害原理が行使され得るのである。だからこそ精神障害者の存在が徐々に日常となり、誤解が少しずつ減っても、侵害原理が発生する閾値の低下速度が相対的に上回ったため社会防衛の氷解に届かなかったといえよう。

なぜなら、制度によって包摂を阻まれ、加えてその制度が可能とする非自発的入院の要件から「迷惑」をもたらすかもしれないと、例えば対象行為(医療観察法)や自傷他害(精神保健福祉法)といった形で推測できれば侵害原理の発動に足りるからである。このような、制度からもたらされる影響について中島<sup>15)</sup>は、医療観察法に関する論考のなかで「法で負わされるスティグマで退院や社会復帰が遅れる」と指摘している。

いわば実像に乏しい、制度を通して浮かび上がる「制度依存型スティグマ」と称すべきものであろう。だとすれば、新しい社会的リスクに対しても制度設計が追い付き、そこに「迷惑」の可能性を地域住民が意識すれば、同様のスティグマは飛び火しかねない。

つまり、個人の選択に帰せられる社会的リスクに直面した人々に向けて、制度が整えば整うほど、当該人物に対する「制度依存型スティグマ」発生のおそれが高まるのである。実際これは、すでに貧困問題において懸念されている。すなわち、貧困に陥った人々は「互いに孤立しているにもかかわらず」「ある集団に属するもの」として一括して表象され、しかも「彼らの境遇の原因を何らかの共通の制度的・文化的な抑圧に求めることを著しく困難にする脈絡が存在」し、さらにその集団は「社会秩序に対する潜在的な脅威として取り扱われることになる。貧困であることは暗黙のうち

に『準犯罪的』であること(筆者注:スティグマ)と結び合わされリスク管理(筆者注:制度)の対象になる」<sup>23)</sup>とされているのである。

よって、制度化が「迷惑」認識を強め、「制度依存型スティグマ」を招く負の連鎖すら想定できる。ただ、「迷惑」そのもののレベルや「知られている／いない」との兼ね合い、もしくはすでに権力主体としての「地域住民である／あった」という要素なども加わって、現れ方はさまざまであろう。

## 第V章. 結語

今後、精神保健福祉学におけるソーシャルポリシー面の方向性として「制度依存型スティグマ」の招来を防ぐためには、このスティグマの形成過程からみて、可能な限り広い対象を包括する制度設計を企図していくべきといえよう。非自発的入院における法体系を例に取れば、「パターンリズムによる介入を精神障害のある人に対してだけ特別に立法化するほどの特有の立法事実…が認められるかどうかには疑問はある…立法論としては精神障害だけを差別化するのではなく、意識障害がある場合などを含め、生存の危機的状態にありながら本人の決定を求めることができない場合の医療介入のあり方という一般化した前提から検討すべきである」<sup>6)</sup>といった発想が穏当とみられる。

そして、貧困問題で言及されるように「関心のある人たちだけがますます関心を持ち、関心のない人たちが関心のないまま留め置かれるような状態を乗り越えたい」「こうした活動が社会全体に広がることで、政治もまた貧困問題への注目を高めるだろう」<sup>41)</sup>とする、小規模と大規模(第IV章)の双方を含む「知られる／知らせる」努力を通して、地域住民という語の持つ意味を物理的な存在状況<sup>3)</sup>から持続的な交流状況へあらためていく姿勢が求められよう。

また、「社会福祉関係者」の制度に対する受動的な傾向(第IV章)についても、猪飼<sup>3)</sup>が「官僚たちも、自分たちがこの世界を分かっているとは

とても思えないという状況になっている…そういう人たちをきちんと説得できるような議論を、最初からしておくことが大事」と述べている。これには既存の制度に関してなら、精神保健福祉法における移送制度や「家族等」の同意<sup>22)</sup>などに類する議論が相当するであろう。

最後に、精神保健福祉学が扱うのは「ソーシャルワーク面の共通性」(序章)のなかで多様化した精神障害像に対応していくという意味で、「社会福祉学を基礎学問とする、精神障害者を主な対象とする生活援助技術の方法」であって、この学問の間口は多くの当事者・専門職に開かれていることを確認しておきたい。そして、参加する人々に共通するのは精神障害者を取り巻く「ソーシャルポリシー面の特異性」(序章)を踏まえたチームの一員であること、さらにその特異性が「精神障害者に対する生活援助は、同じ援助行為であっても『精神障害者の社会的復権と福祉のための活動である』という視点が不可欠」<sup>29)</sup>な点にあること、とまとめられよう。

精神保健福祉学における「ソーシャルポリシー面の特異性」を意識することで、支援対象を取り巻く制度への俯瞰的な関心が高まり、精神障害者と地域住民を隔てるスティグマの垣根が低減することを心から願うし、それらの実現に向けて筆者也微力ながら尽くしていきたい。

## 謝 辞

研究の遂行にあたり、日本学術振興会 科学研究費補助金基盤研究C (課題番号:17K04218, 研究代表者:大西次郎)からの助成を受けた。記して深謝する。

## 注

注1) この「普遍」は、例えば資力調査による「選別」に対する「非選別」という趣旨で用いるなら、事後措置にとどまる場合、問題を抱えた個人はその問題ゆえに「選別」されているといえよう。他方それとは異なり、複数の問題のいずれ

かが誰にでも、いつでも生じ得るとして、地域住民に広く予防的な観点から介入を試みる「普遍」が考えられる。後者が文中の用法であって、これは「対象の普遍」である。ただし、その過程において“人”としては「選別」されずとも、念頭に置く“問題”が「選別」されていることには注意を払いたい。

次に、何らかの問題が生じたとき、誰にでもいつでも通用する一般的な基準に則って介入がなされるという趣旨の「普遍」がある。その場合、特定の6罪種による他害行為(対象行為)をおかし、かつ刑の執行を免れた者が、精神障害者という理由でそれ以外の者と異なる処遇を受ける(医療観察法)といった、「普遍」から外れる状況が思い浮かぶ。これは「制度の普遍」の観点である。

精神障害者が「普遍」から遠いとすれば、それは前者の「普遍」をめぐる「選別」から—いわば相対的に—取り残された、という意味と、後者の—まさに絶対的に—「普遍」の枠外に置かれた、という意味が重複しているといえよう。

注2) 従って、不安定雇用や格差、劣悪な労働環境などが集団の誰にでも、いつでも生じ得る状況に陥ったとき当然それらは“再発見”されるのであって、社会福祉学における普遍化という姿勢は一貫しているのである。

注3) 本稿では、スティグマを公衆のスティグマ(public stigma)として取り扱っており、セルフスティグマ(self stigma)については別の論考が必要である。

注4) 障害学からの批評により、医療モデルは社会モデルを介して「疾病の社会的構築」という矛盾を露にさせられた。とはいえ、因果関係は必ずしも責任関係に直結せず、医療そのものが全否定されたわけではない。あくまで医療を用いるかどうかは当事者に委ねられている。

そして障害と疾病の併存を持ち出すまでもなく、精神障害者にとって医療はやはり不可欠な存在である。これは医療的な管理から生涯離れられないのだという諦念でなく、現代において Assertive Community Treatment のような

医療を包括した生活支援に、単なる「管理体制」の地域移行にならぬよう<sup>28)</sup> 注意しつつ取り組むべきという含意である。

注5) それに対し、日本精神神経学会<sup>19)</sup> は法の施行前から「医療観察法の指定入院医療機関に限って…その運営に膨大な国費が投入される…一般精神科医療の『底上げ』や『地域ケアの充実』は財政的に後送り、ないしは実質的な切り捨てになる」との危惧を表明していた。

なお、非自発的入院には精神保健福祉法上の医療保護入院や措置入院も含まれるが、本稿では上記の手厚さに焦点を当てる意図から、医療観察法上の入院処遇をもっぱら扱っている。

注6) 国家が市民の自由を制限する正当性には侵害原理、パターンリズムのほかにモラリズムがあげられる。モラリズムは倫理(社会道徳)の維持を重視する立場だが、これによる介入を正当化すると侵害原理を待つことなく、当該個人の行為が反倫理的であるという理由で介入が正当化され得る<sup>2)</sup>。

これを容認せずとも、次いで倫理的墮落を「個人の自己に対する侵害」とみて変革を目指す介入を、消極的パターンリズムとして正当化できるかが問題になる。しかし、倫理的墮落は他者がそれを本人の不利益とみるか否か判然としない点で、「平均的生活利益」を基準とする消極的パターンリズムと異なっている。それゆえ、あえてパターンリズムの概念に含めるならば積極的パターンリズムの範疇に属する<sup>24)</sup> こととなるため、やはり本稿における介入の正当化根拠には取り上げない。

## 文 献

- 1) 浅野詠子：社会防衛. 刑期なき収容 —医療観察法という社会防衛体制—, 現代書館, 69-80, 2014.
- 2) 平野龍一：現代における刑法の機能. 刑法の基礎, 東京大学出版会, 93-128, 1966.
- 3) 猪飼周平, 大野更紗, 三井さよ, 星加良司：「病院の世紀」の終わりに —象牙の塔の医療政策学者×難病人フィールドワーカー—. 支援；2, 144-181, 2012.
- 4) 池原毅和：精神障害のある人の人権 —現状と課題—, 精神障害のある人の人権, 関東弁護士会連合会・編, 明石書店, 11-35, 2002.
- 5) 池原毅和：精神障害者の人権擁護 —法律の立場から—, 司法精神医学概論, 松下正明・総編集, 中山書店, 286-293, 2006.
- 6) 池原毅和：現行法上の強制入院・強制退院. 精神障害法, 三省堂, 149-210, 2011.
- 7) 石丸正吾：入院処遇の実際と問題点. スキゾフレニアフロンティア, 12 (3) : 161-166, 2011.
- 8) 柏木 昭：スティグマへの挑戦 —精神障害者福祉の課題—, 聖学院大学論叢, 11 (4) : 259-273, 1999.
- 9) 風間眞理, 中谷千尋, 杉山由香里：看護学生が持つ精神障害者に対する「スティグマ」, 目白大学健康科学研究, 2 : 55-64, 2009.
- 10) 岸川洋治：社会福祉における専門職としての実践力 —現場が求める人材とは—, 社会福祉研究, 115 : 49-58, 2012.
- 11) ジョン・スチュアート・ミル：自由論. 山岡洋一・訳, 日経BP社, 9-36, 121-161, 2011.
- 12) 宮台真司：「幸福」とはどういうことなのか, 日本の難点, 幻冬舎新書, 107-147, 2009.
- 13) 村上 優：医療観察法の存続は可能か —指定入院医療機関より—, 精神神経学雑誌, 113 (5) : 468-476, 2011.
- 14) 中川 実：医療観察法を問い直す —いくつかの視点—, 病院・地域精神医学, 53 (4) : 352-355, 2011.
- 15) 中島 直：医療観察法は即座に廃止されるべき, 精神神経学雑誌, 113 (5) : 477-487, 2011.
- 16) 中村直美：法とパターンリズム, 法哲学年報, 1982 : 37-60, 1983.
- 17) 日本学術会議 社会学委員会社会福祉学分会：近未来の社会福祉教育のあり方について —ソーシャルワーク専門職資格の再編成に向けて—, 1-13, <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t59-1.pdf>, 2008年7月14日.
- 18) 日本精神神経学会 法委員会：医療観察法の運用に関する指定入院医療機関向け調査および厚生労働省向け調査の報告, 精神神経学雑誌, 116(6) ;

- 458-474, 2014.
- 19) 日本精神神経学会 法関連問題委員会：医療観察法と一般精神科医療・福祉の関係についての問題. [https://www.jspn.or.jp/modules/activity/index.php?content\\_id=64](https://www.jspn.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=64), 2005年6月24日.
- 20) 西口芳伯：司法精神医学. 精神障害とこれからの社会, 新宮一成, 角谷慶子・編, ミネルヴァ書房, 134-153, 2002.
- 21) 西尾雅明：統合失調症に対する偏見除去の方法に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）分担研究報告書, 1-67, 2004.
- 22) 大西次郎：精神保健福祉学の構築 —精神科ソーシャルワークに立脚する学際科学として—. 中央法規出版, 81-113, 135-221, 2015.
- 23) 齋藤純一：社会の分断とセキュリティの再編. 政治と複数性 —民主的な公共性にむけて—, 岩波書店, 127-157, 2008.
- 24) 澤登俊雄：保安処分に関する諸問題. 新社会防衛論の展開, 大成出版社, 245-299, 1986.
- 25) 杉野昭博：障害学の課題 —日本における論争点—. 障害学 —理論形成と射程—, 東京大学出版会, 219-270, 2007.
- 26) 杉野昭博：社会福祉学と社会学の視点 —新たな関係に向けて—. 関西大学社会学部紀要, 39 (3): 47-61, 2008.
- 27) 杉田 敦：全体性・多元性・開放性 —政治観念の変容と政治理論—. 境界線の政治学, 岩波書店, 25-52, 2005.
- 28) 高木俊介：コミュニティ・ケアにおけるACTの位置づけと役割. 精神神経学雑誌, 116 (6): 487-492, 2014.
- 29) 高橋 一：PSWの業務. こころの科学, 88:17-21, 1999.
- 30) 武川正吾：福祉社会における参加. 福祉社会の社規政策 —続・福祉国家と市民社会—, 法律文化社, 208-226, 1999.
- 31) 武川正吾：社会福祉に内在する非対称性 —権力と参加—. 社会福祉研究, 121:22-29, 2014.
- 32) 田中悟郎：精神障害者に対する住民意識 —自由回答の分析—. 人間科学共生社会学, 4:31-41, 2004.
- 33) 田中英樹：精神保健福祉学とは何か, そのめざすものは? 精神保健福祉学, 3:4-17, 2015.
- 34) 富田三樹生：医療観察法の存続は可能か —5年後見直しを迎えて—. 精神神経学雑誌, 113 (5): 456-457, 2011.
- 35) 山口創生, 三野善央：若い世代における精神障害者に対する偏見の比較と関連する要因. 社会問題研究, 57 (2):145-157, 2008.
- 36) 山口 定：「市民社会組織」の実証研究. 市民社会論 —歴史的遺産と新展開—, 有斐閣, 182-205, 2004.
- 37) 山田昌弘：希望格差社会 —「負け組」の絶望感が日本を引き裂く—. 筑摩書房, 23-47, 240-246, 2004.
- 38) 山本輝之：医療観察法における強制処遇の正当化根拠. 精神科医療と法, 中谷陽二・編集代表, 弘文堂, 132-136, 2008.
- 39) 山崎美貴子, 岩間伸之, 上野谷加代子：ソーシャルケアの本質とは. 月刊福祉, 97 (10):35-45, 2014.
- 40) 吉岡眞吾：医療観察法指定入院医療機関の「今日まで, そして明日から」. 医療, 68 (3):132-136, 2014.
- 41) 湯浅 誠：貧困は自己責任なのか. 反貧困 —「すべり台社会」からの脱出—, 岩波書店, i-vi, 59-104, 2008.

## Abstract

Development of studies on mental health and welfare:  
discussing the specificity of social policy focusing on  
involuntary psychiatric hospitalization and harm principle.

Jiro OHNISHI

The specificity of social policy as well as the commonality of social work between studies on mental health/welfare and social welfare are keys to the establishment of the former as a discipline of practical science.

With the extension of certified psychiatric social workers' occupational field, the provision of support for individuals with diverse diseases/disabilities and life challenges in consideration of their individual traits is being promoted. Such diversification represents the overall tendency of social work, including that in mental health services, and covers the previously mentioned commonality.

The specificity is observed in differences among groups to which social policy is applied. Studies on social welfare have contributed to the generalization of welfare, which equally targets all members of a community. In contrast, those on mental health and welfare continuously involve individuals with disabilities, who receive mental health services through involuntary psychiatric hospitalization.

In addition to paternalism, the preventing of harming others (harm principle) is one of the reasons to justify such hospitalization. Determining appropriate public protection measures for individuals with mental disabilities remains a modern challenge.

**Key words** : psychiatric social work, social policy, paternalism, harm principle,  
involuntary psychiatric hospitalization