



精神科ソーシャルワークの「ソーシャルワーク回帰」過程：  
専門職性における医療ソーシャルワークとの対比

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 日本医療社会福祉学会 公開日: 2023-07-18 キーワード (Ja): 精神科ソーシャルワーク, 医療ソーシャルワーク, 専門職性, 地域, ソーシャルポリシー キーワード (En): psychiatric social work, medical social work, professionalism, community, social policy 作成者: 大西, 次郎 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10466/0002000006">http://hdl.handle.net/10466/0002000006</a>

## 〔論文〕

## 精神科ソーシャルワークの「ソーシャルワーク回帰」過程 —専門職性における医療ソーシャルワークとの対比—

大西次郎\*

近年、福祉と医療の垣根が低くなり、MSW・PSWの職責は病院の外へ広がりつつある。病院・地域の双方で、有資格者ととどまらないMSW・PSWの専門職性の所在を明らかにする目的で、以下の論考を行った。

ソーシャルワークのグローバル定義を引きながら、MSW・PSWの専門職性が周囲の人や情報から規定され、個人の自立支援が主でソーシャルポリシーを後手に回してきた共通性を確認した(第1章)。PSWが学問的な基盤を精神医学からソーシャルワークに回帰させた結果、専門職としての自己認識と、病院における行動実態との間にずれをきたした史実を示した(第2章)。MSWはPSWに比べて医学に基盤を置く選択肢を持ちにくく、福祉の普遍化とあいまって、専門職性の吟味に猶予もたらされた経緯を追った(第3章)。PSWが精神障害者に向けた権利擁護の視点から、病院内で専門職性を一時確保し、次いで認識と行動のずれを正していった状況を明らかにした(第4章)。病院外に展開したPSWによる地域に向けてのソーシャルワーク再回帰は、専門職性が希薄であって有資格者としての側面が強いこと、現代におけるMSW・PSWの専門職性は医療の社会的側面への関与と、意思・判断の補助推測という共通性に再び収斂する可能性があることを指摘した(第5章)。

Key words : 精神科ソーシャルワーク, 医療ソーシャルワーク, 専門職性, 地域, ソーシャルポリシー

### 序章 問題の所在

医療ソーシャルワーカー業務指針(2002)は「病院を始めとし、診療所、介護老人保健施設、精神障害者社会復帰施設、保健所、精神保健福祉センター等様々な保健医療機関に配置されている医療ソーシャルワーカー」の業務の一つとして、「高齢者、精神障害者等の在宅ケアや社会復帰について地域の理解を求め、普及を進めること」をあげている。

すなわち、「精神科領域で働くソーシャルワーカー(Psychiatric Social Worker:以下PSW)と医療ソーシャルワーカー(Medical Social Worker:以下MSW)との関係は…PSWがMSWに含まれる(PSW < MSW)と整理されている」(荒川ら, 2004:p.32)のである。

一方、「病院を始めとし」ながらも、近年MSW・PSWの職責は病院の外へ広がりつつある。高齢社会が進展するなかで、福祉と医療の垣根が低くなっているからである。地域では、

\*Jiro Ohnishi : 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

医学的ニーズと心理社会的ニーズをあわせ持つ高齢者へ向けた地域包括ケアを中心に、長い間別々の体系であった福祉と医療の急速な接近がみられている（堀越，2016）。

ただし、地域におけるソーシャルワーク実践は制度上、社会福祉協議会や地域包括支援センターなどにおいて「社会福祉士等の資格を有する者」、「社会福祉士等のソーシャルワーカー」、「社会福祉士又は社会福祉主事」といった資格要件から規定されている。そのような状況のなか病院・地域の双方で、有資格者にとどまらない、MSW ないし PSW であるとの自認に値する専門職性は何か、が本稿の問題意識である。

ここで論点を PSW に絞れば、相対的に若い年齢層を軸として精神保健福祉士と PSW はある程度重なっており、上記の懸念が生じにくいようにも思える。しかし、近年の精神保健福祉士は自身の役割をさまざまな法の制定・改正ごとに、少なからず職能団体の意に沿わない形で規定されていることが、医療観察法、障害者総合支援法、改正精神保健福祉法などにおいて示されている（大西，2015：p.4）。

すなわち精神保健福祉士という資格の存在が、とくに病院を離れた一地域における PSW の職業的な機能を、必ずしも十分に説明してはくれないのである。

そこで、福祉と医療が地域においてボーダーレス化する昨今、あらためて病院内で自らを MSW・PSW と認める一所属機関以外の一拠点を示し、なおかつ病院外における一有資格者にとどまらない一 MSW・PSW の専門職性の所在を明らかにするため、以下の構成で稿を進めていく。

まず、第1章でソーシャルワークのグローバル定義を引きながら、MSW・PSW の専門職性が周囲の人や情報から規定され、個人の自立支援が主でソーシャルポリシーを後手に回してきた共通性を確認する。第2章では、PSW が学問的な基盤を精神医学からソーシャルワークに回帰させた結果、専門職としての自己認識と、病院における行動実態との間にずれをきたした

史実を示す。第3章では、MSW が PSW に比べて医学に基盤を置く選択肢を持ちにくく、福祉の普遍化とあいまって、専門職性の吟味に猶予がもたらされた経緯を追う。第4章では、PSW が精神障害者に向けた権利擁護の視点から、病院内で専門職性を一時確保し、次いで認識と行動のずれを正していった状況を明らかにする。最後に第5章では、病院外に展開した PSW による地域に向けてのソーシャルワーク再回帰は、専門職性が希薄であって有資格者としての側面が強いこと、現代における MSW・PSW の専門職性は医療の社会的側面への関与と、意思・判断の補助推測という共通性に再び収斂する可能性があることを指摘する。

文献の引用については MSW・PSW の全国組織である日本医療社会事業協会（現・日本医療社会福祉協会：以下 M 協会）と日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会<sup>1)</sup>（現・日本精神保健福祉士協会：以下 P 協会）において、1980年～1990年代に責任ある立場に就いていたり、同時期の国家資格化運動に大きな役割を果たしたりした論者の著述を主に選択している（M 協会は児島美都子氏や須川 豊氏、P 協会は柏木 昭氏や小松源助氏などが相当する）。

従って、第1章から第4章に至る分析は同時期の MSW・PSW をもっぱら対象としており、これらを踏まえて、福祉と医療が地域でボーダーレス化しつつある現代の MSW・PSW の専門職性を第5章で考察する流れである。さらには MSW・PSW の専門職性についての「異同」を、第1章の「同」から、普遍化、医学・医療との距離、権利擁護の3点を鍵概念とする第2章より第4章の「異」を経て、第5章で再び「同」の可能性で受ける時系列対比を意図している。

ただし M 協会にかかわる言説に関しては、同協会が一時期「MSW とあらかず部分に…日本医療社会事業協会をそのまま使うことについてはクエスチョンマーク」（仲村，1991）と評されるため、相反する論旨が存在する場合、可能な限りの併記を旨とした。

なお、わが国において資格制度との関連を念

頭に MSW・PSW の専門職性を対置させた論考は乏しく、とりわけ系統的な著述は MSW に主眼を置いた京極ら (2005)、PSW に力点を置いた大西 (2015) などに限られるため、先行研究の参照は各章ごとにそれぞれの論旨に沿いながら行うこととする。

## 第1章 MSW・PSW 共通の背景

### —ソーシャルワークのグローバル定義から—

序章の冒頭における MSW・PSW の位置付けは、いわゆるメゾやマクロというより、ミクロ寄りの見地に依拠しているといえよう。

これに対し、2014年に国際ソーシャルワーカー連盟総会および国際ソーシャルワーク学校連盟総会において改定・採択されたソーシャルワークのグローバル定義 (以下新定義) では、「ソーシャルワークは社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である」と謳われ、マクロレベル (政治) の重視が一つのポイントになっている (社会福祉専門職団体協議会, 2014)。加えて、新定義では従来の定義 (2000年: 以下旧定義) になかった「学問」の語が加わっている。このマクロ (政治) と学問に焦点をあてて、MSW・PSW の専門職性を検証する。

最初に、MSW・PSW が学問的な基盤とする社会福祉学の構造を確認しておく。もとより社会福祉学は、対象となる問題を個人的な側面に還元するか (e.g. 心理学の影響)、社会的な側面に還元するか (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 (岡本, 1997)。現代においては、社会福祉学は両者を包括すると—内部に異論を含みつつも—理解されている。その際、まず技術的な立場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する方法 (大西, 2015: p.83)

がある (前者とする)。

他方、「ソーシャルワークにおける『制度』とは、『制度づくり』という『実践』であり、『政策』とは特定の理念を社会的に啓蒙していく『実践』であったといえる…いずれもが『社会福祉実践』としてのソーシャルワークだ」(杉野, 2011: p.14) として、歴史的にソーシャルワークの概念をソーシャルポリシーも含めて広く捉える発想もある (後者とする)。

本稿では混交を避けるため、ソーシャルワークの語を、わが国でもっぱら念頭に置かれる前者の意味で用いる。ただし、新定義において提唱されるソーシャルワークの字義は、双方を比較すれば、後者の用法にむしろ近いといえよう。

それゆえ、新定義によるマクロ (政治) の重視は、社会福祉学がソーシャルポリシーを包括する以上、MSW・PSW の「学問」的基盤という観点からみるに大きな違和感は生まれない。だが一方で、新定義は MSW・PSW の「実践」面において、従来のソーシャルワークの認識であった「環境のなかの人」、つまり「人と環境が相互に影響し合う接点に介入」という旧定義の言葉を削除している (注釈にとどめている)。

いわば、個人の自立生活支援を中心とした専門職性—それに躊躇を覚えるものでは決してないにせよ—を問い直す契機に、新定義はなり得るという位置付けができるのである。

もともと MSW・PSW の、ソーシャルワークのなかに占める専門職性の実像は、簡明には言い切れない。なぜなら、ソーシャルワークという行為を果たす主体は専門職に限定されないからである。従って、ソーシャルワークの「専門性」は専門職以外にも開かれている。これらを踏まえつつ本稿では、MSW・PSW として就業している人物の「専門職性」に絞って論じていくことを予め断っておく。

かねて、病院で働くソーシャルワーカーの専門職性については、独自の業務がないことから業務そのものによって明確に表現することは難しい (須川, 1982: p.176) とされた。MSW の業務研究は昔からの積み重ねがあるものの、

医療機関や疾病別の多様さによる分析の困難性（児島，1991：p.115）が認められるからである。

そこで、MSW の職責に関する諸家の言及を参照すると「医療ケースワークはソーシャル・ケースワークの医療分野における適用」（住谷，1971：p.160）、「医療・保健の分野で行われるソーシャルワークで…医療チームに参加し…個人と集団を援助する」（中島，1980：p.1）、「スペシャリゼーションである保健医療の技能と知識が必要」（保健医療ソーシャルワーク研究会，1990：p.30）、「一般的なソーシャルワークとの相違点は…医療と関連して行われること、そして医療チームのスタッフとの協働」（児島，1994）といった形であって、周囲の人や情報から自身を規定していることがうかがえる。

このような MSW は、もとより医療という「特定の分野の対象者を支援するスペシャリスト」として、「分野や対象者を特定せずに支援する…ジェネラリスト」と区別されてきた（福島，2014）。また、山川（1991：p.8）は実践の形にまで踏み込んで、ソーシャルワーカーが主体になる第一次分野をジェネリックソーシャルワークとして狭義の社会福祉と呼び、すでに他者が対応している領域に専門家の立場から協力する第二次分野をスペシフィックソーシャルワーク、すなわち広義の社会福祉として、「医療」「教育」「司法」を例にあげている。

つまり MSW の専門職性は、ソーシャルワーカーのなかでも医療という場・チームに属しており、特定の対象者を支援するため医療に関する知識・技術が求められるという外的な要素に依拠してきたといえよう。これは一見、MSW の内的な脆弱性を示すようだが、そうではない。

なぜなら分野や対象者を特定しない、あるいはソーシャルワーカーが主体になるジェネリックなソーシャルワークの概念自体が、必ずしも明確ではないからである。例えば、北川（2014）は「わが国のソーシャルワークの状況」について「基礎となる学問の内実が脆弱」で「専門性を唱えるうえで必要な共通基盤」に欠けるとして、社会福祉士資格と引き換えに招いた研究・

実践面における個性の消失を嘆いている。

一方で、ソーシャルワーカーの主たる資格を定めた社会福祉士及び介護福祉士法の制定過程において、内閣法制局へその専門性を説明するために用いられた資料が MSW のケース記録であった史実や、わが国で「純粋にソーシャルワーカーと呼ばれるべき職種」として MSW（や社会福祉協議会の専門員、社会福祉事務所等の公務員ワーカー）があげられた（小山，1997）状況からは、MSW を代表とする領域毎のスペシフィックの統合により、ジェネリックは構築されてきたとみなすことができる。それゆえ、近年においてさえ「日本のジェネラリスト・ソーシャルワークを基盤にした教育や研究は、まだ緒についたばかり」（福島，2014）なのである。

従って、病院内の MSW が自らの専門職性を学問的基盤である社会福祉学に求めても、（ジェネリックな）ソーシャルワークからは満足な反応が得られず、さりとて周囲の人や情報による規定からは、ソーシャルポリシーに関して実践が追いついていないのが実態だったといえよう。MSW がわが国のソーシャルワークにおいて進歩的であったがゆえの、逆説的な苦衷である。

その状態が遷延するなかで福祉と医療が地域においてボーダーレス化した結果、あらためて（外からみた）病院内における医療者との違いを、さらに（外に出て）有資格者ととどまらない実践面の特質を、MSW は専門職性として自問せねばならない近況に至ったのである。

この近況は、PSW にとっても大同小異である。PSW は業務が医療のなかでも精神科医療の分野に絞られているため、その範囲が MSW と比べて相対的に狭く、標準化しやすかった（児島，1991：p.112）。しかし、既述のように業務からすべての専門職性は導けない。

それゆえ病院内で医療者に対し、福祉の専門家として協力する PSW のスペシフィックは、精神障害者を隔離収容してきたソーシャルポリシーが転換期を迎え、次いで地域移行・定着が喧伝され、精神科病床の削減圧力がむしろ強まるという時代の流れのなかで、MSW とともに



自問を余儀なくされている。

さらに近年、PSWの活動が病院外に広がって、医療者との連携・協働というよりソーシャルワークそのものの機能に注目が集まるようになった。すなわち、ソーシャルワーカーが主体となり、対象者を限らずに支援するジェネリックなソーシャルワークの要請が強まっているのである。しかし、そのジェネリックは先述のように、なお一義的な概念に検討の余地がある。

しかもソーシャルポリシーに関しては、利用中心の「制度」の視座にPSWがややもすると傾き、社会問題を解明し未来を切り開く「政策」を後回しにした結果、隔離から地域への転換期における追従的な役割にとどまっている。すなわち、PSWもまた、ソーシャルポリシーに関して実践が追いつかなかつたのである。

## 第2章 PSW固有の経緯

### 一 疾病と障害の併存、精神科医療の近さ一

第1章で触れた社会福祉学の振り子運動は、1920年代から約30年にわたる「力動精神医学や精神分析学との結婚」と称された時期を経て、個人から社会の側へ揺れ戻しに向かった(岡本, 1997)。1960年代までには、高度経済成長の過程で招来されたさまざまな矛盾の表面化により、社会的な側面が強調されだしたからである。

わが国におけるMSW・PSWの黎明期も、この時節と前後する。もともとMSWとPSWの間に、本質的な違いは当初認めがたかった。例えば1950年から1971年にかけて12版を重ねた著作『精神衛生』には、一貫して次の記述がある(初版より：現代仮名遣いに変更)。「医療社会事業婦の仕事として…医師の方針に基づく治療、精神療法の実現を図り、ほかの社会事業施設との連絡を行うこと等があげられている」、「精神医学的ソーシャル・ワーカー(社会事業婦)の仕事は別段一般の医療ソーシャル・ワーカーの仕事と違った事新しい機能ではなく…総べてのソーシャル・ワーク(社会事業)一般と共通したものであ…る」(村松, 1950 : p.75, 79)。しかし、

社会的な側面の強調にあわせて、援助対象の位置付けによるMSWとPSWの差異—PSW側の大きな揺れ戻し—がみられ始める。

まずMSWは1960年代に、結核に続くハンセン病患者運動へのかかわりといった社会的復権への視点を保ちつつも、むしろ疾病構造の変化と高齢社会の到来という環境の変化に沿って、援助対象の軸足を(医療利用者としての)地域住民に移す福祉の「普遍化」(大西, 2015 : p.89, 91)へ向かっていった(第3章)。

一方、PSWにとって普遍化は遠かった。当時のPSWの援助対象は依然として—普遍化とは真逆の—治安維持の矛先にさえあげられるスティグマのもと、他科と比べて低い水準が認められた精神科特例により病院内で長期間処遇される、「疾病と障害の併存」に特徴付けられた精神障害者であった。ここではMSWにとって支援すべき存在である地域住民は、PSWにとって社会防衛の一端を担う者でさえあった。

さらに、病院内におけるPSWの専門職性は未確立で、「施設長のPSWに対する期待及び理解は…臨床チームにおける医師以外のすべての役割をPSWに兼ねさせようという傾向がうかがわれ」(柏木ら, 1964)、時にはPSW自身も「仕事が、患者のニードに最も密着することであると考え、病棟に埋没してしまうことがあった」(柏木, 1967)という状況であり、他職種との差別化が喫緊の課題だった。その延長線上に1964年、PSWはP協会を「MSWの全国組織が職能団体でなくなったことから」(P協会, 1997 : p.32)設立した。

この背景には、1953年に発足した日本医療社会事業家協会の、「国家資格化のためには会員数を拡大する必要があるとの関係者の助言による」(荒川ら, 2004 : p.194)、M協会への名称変更(1958)があった。PSWは「他職種の参加が可能になってしまった…PSWにとっては…独自に全国的な職能団体を結成する」(京極ら, 2005 : p.172)としてP協会を設立し、1965年に第1回の全国大会を開催した。ただし、その専門職性は精神医学のもとで外的に規定されて

おり、精神障害者の苦境を変革する力もまた、一現代と比べて一不十分であった。

すなわち、当時のP協会の状況は「1965年の大会から3年間の傾向をみると…（筆者注：M協会からの）分離独立とはいえ、それが主として力動精神医学の傘の下でなされてきたということができるだろう。そこでは専門職能団体としての志向が強く、その学問的基礎に力動精神医学をすえようとしたが、そのことはかえって…長期の隔離収容の傾向の強い精神病院の実情から、遊離することを意味しがちであった」（坪上、1982：p.99）と評されるのである。

P協会の初代理事長であった柏木（2009）は、往時を「協会設立（1964）にあたり…当初は必ずしも集中的に精神障害者の社会復帰の業務にあたらうとしたわけではなく、むしろ医療チームの一員として、医師の医学的診断と治療に協力することを主たる役割とした…精神科医療のなかに市民権を得ることを至上の目的とした時代であった」と振り返っている。

精神科医の側からも、「ソーシャル・ワーク関係の人が分裂病の患者さんの家族の問題を精神分析の言葉など使って…書いている…まず精神障害者、および彼等を取り巻く現実を、何ものにもとらわれぬ目で直視していただきたい」（岡田、1965）と指弾され、PSWはP協会の設立直後から、「学問的な基盤」と「精神科病院の現実」という課題を突き付けられていた。

上記の課題、とくに「学問的な基盤」に関しては、PSWの側からも「本来の社会制度との関りにおける人間としての患者をみないで、個人的関係において精神療法家と同一化しようとする動きもなけりなかつた」（柏木、1967）との省察を集め、「1968年の大会になると、今度は精神医学に代わって社会福祉論にPSWの学問的基礎を求めようとする動きが現れる」（坪上、1982：p.100）こととなった。

つまり、精神医学的な観点については「ケースワークにおけるソーシャル（社会的）なものを端的に意味するものは、ソーシャル・ワーカーが実践を通しながらの社会への問いかけという

ことである。これがなければ、われわれは単なる精神療法家になってしまう」（柏木、1966：p.4）と捉え直し、「精神医学ソーシャル・ワークは、精神障害者たち自らが行なう生活障害からの回復と社会復帰活動を、精神医学との関連の下で、社会的視点から援助する組織的活動である。ここで用いられる方法は、基本的にはほかのソーシャルワークの領域のそれと異なる」（岩本、1977：p.272）として、精神医学という「学問的な基盤」からの脱却を図ったのである。

これが「精神科病院のなかで」起こった大きな揺れ戻し、いわばPSWのソーシャルワーク回帰である。しかし、もともとジェネリックなソーシャルワークが発展のうえ分化に向かったというより、わが国ではスペシフィックがむしろ先に広く存在していた。さらに当時、ソーシャルワーカーが主体になる第一次分野をPSWは見出しておらず、その頃のPSWの多くは医療機関に所属していた。

よって、PSWは置かれた立場（「精神科病院の現実」）から動くことも、動く先を定めることも容易でない状況にあった。すなわちソーシャルワークを基盤とする援助者としての内的な専門職像（認識：図右）は、精神科医療が展開する病院という、外的に規定された枠のなかで精神障害者にかかわり続ける実態（行動：図左）との間にずれを余儀なくされたのである。

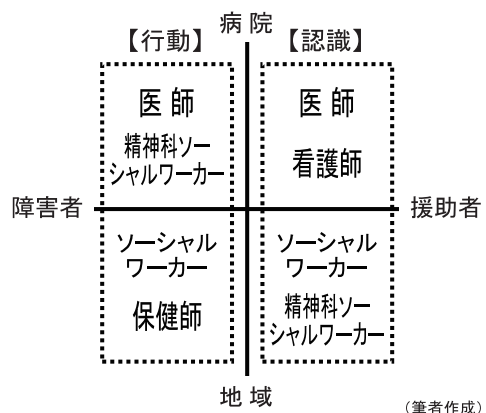


図 PSWの従来の「行動」と「認識」

保健師との関係性も問題だった。PSW が抱いた専門職像は、精神障害者の支援へ向けて地域において展開されていた、保健師による精神衛生活動との差別化が難しかったのである。

例えば、精神衛生センター（当時）において「保健婦である精神相談員と、ワーカーである精神相談員が、保健所等で全く同一の職務を行なっている」状況（岩本，1973）であり、医師からの「精神衛生にソーシャル・ワークを導入するためにワーカーが必要だとの考えもある。だが、保健婦はすでにソーシャル・ワーク…をやっている。そのうえに屋上屋を重ねるには及ぶまい」（岡田ら，1967）との見解が、それを裏付けている。

これらの様相は後年、PSW（柏木ら，1977：p.28）から次のように振り返られている。「私たちは精神科ソーシャル・ワークの専門性を型枠から形成することに急であったから、昭和40年代はいきおいその独自性を主張するなかで保健婦集団を排除する方向で、ものごとを考えざるをえなかった…同じような仕事をする職能集団である保健婦との競合は、患者や家族の側からすれば不必要なものであり、不自然なものであった」。

以上のように、「学問的な基盤」において精神医学との的確な距離をいまだ測れず、加えて「精神科病院の現実」、すなわち精神障害者を取り巻く不利な状況への変革をも二の次にしたまま、PSW の専門職性は1960年代を通して確立の途上にあった。

### 第3章 MSW 固有の経緯

#### 一 福祉の普遍化、医学と距離をとる一

1960年代、MSW をめぐる動向も予断を許さなかった。当時の岡村（1965）の言説がそれをよく表しており、やや長いが引用する。

「医療社会事業の存在は認めても、それは医学的診断から切り離された社会環境的・心理的側面だけを扱うのである…従っ

て、医療社会事業係は病院の各科に専属させられないで、診療科共通に利用されるものとなる。かなり大きな総合病院でも全診療科を通じて2名とか、3名のMSWであろう」、「精神病院のPSWと総合病院のMSWとを比較して、彼らに要求せられ、期待される医学的知識の範囲の差は、今後の専門職業的発達に重大な関係があるように思われる。前者はかなり明確に限定された精神医学に集中して学習できるのに対して、診療科全般にわたる患者を取り扱うMSWの医学知識の学習は著しく広範にわたる。MSWが今後、医療チームの一員になるためには、この点を克服していかねばならない」。

つまり、MSWにとって一第2章でPSWが回帰したように一ソーシャルワークを基盤とする理由は「もともと社会福祉が医療の場で機能することが求められるのは、狭い意味での医療行為では対処し切れない問題が生じてきたから」（児島，1991：p.112）という、いわば「社会的観点」に由来するが、一方でMSWには（PSWと比べて）広範な「医学的知識」の修得という壁があったから、という別の事情の存在が示唆されるのである。

実際に、同時期それぞれ斯界の指導的立場にあった精神科医と心療内科医のコメントから、PSWとMSWに対する医師の認識差がうかがえる。すなわち、精神科医の「医療社会事業という分野は、戦前ほとんど認められていなかった…現在でもその重要性は一般の医家に充分には認められていない…しかし精神科の方面では事情が異なり、精神医学的社会事業者、いわゆる精神科ソーシャルワーカーの活躍は著しく注目されるようになってきた」（村上，1965）に対し、心療内科医は「ソーシャル・ワークが心身医学の領域を足がかりとして一般の臨床医学の場に進出するには、医学的な面での素養がまだまだ足りないように思える。私はソーシャル・ワークの発展を心から祈るもの一人として…



彼らの教育に一層の深さと幅を要請したい」(池見, 1965)とするのである。

つまり、「学問的な基盤」をいったん精神医学へ求めたのちに方針転換したPSWに対し、MSWはもともとその基盤として、医学を参照する選択肢を持ちにくかったといえよう。

「MSWが本来の活動の場を狭義の医療チームに求めれば求めるほど、医療関係者の反発を招く」(川上, 1965)との医師側の言及からも、MSWは医学とのかかわりのなかというより、ソーシャルワークのなかにおいて自らの立ち位置を吟味する必然性が勝ったと考えられる。

しかし、既述のようにジェネリックなソーシャルワークはなお不分明で、加えて1960年代以降の動向については、「MSWの最も一般的な姿は医療の場で、患者またはその家族を対象とした個別的相談事業という形」になったため、「社会的矛盾」を正すソーシャルポリシーへの関心低下が次のように懸念された(児島, 1972)。

「患者および家族の生活権、医療権および労働権の擁護にこそ、その焦点を絞るべきであろう…個別的な問題解決にあわせてこのような活動を伴わず、ただ単にその場しのぎの相談事業に終わるならば、社会的矛盾を覆い隠す穴埋めの役割を果たすものと非難されてもやむを得ない」。

すなわち、「社会事業の専門技術化が進むほど、逆に『社会性』の欠如を生むという奇妙な現象」(吉田, 1966 : p.329)で、後日(1991年)同じ児島(1991 : p.172)をして「問題が山積しているにもかかわらず、姑息な個別的処理によって解決を図るという方法は…1950年代までの社会事業界はそうした動きを許さなかった…(筆者注：しかし)MSWの関心は…むしろもう一つの面、つまり『人間の問題をとり扱う技術』の向上にむけられてゆく」と嘆息させる、社会福祉学のなかでの「個別的」観点であった。

このように、MSWは自らの意向で能動的に「社会的観点」と、そして医学との関係で受動

的に「医学的知識」と、それぞれ距離をとることで、外的に規定されるスペシフィックからの脱皮を図る形になった。言葉を足せば、これが(医療利用者としての)地域住民へ軸足を移す(vs.「医学的知識」)一方で、各々には権利の所在によらず「個別的」に接する(vs.「社会的観点」)という、MSWによる福祉の「普遍化」の姿だったのである。とはいえPSWと同様に、ジェネリックなソーシャルワークにおける不分明さへ直面し、なおかつ相対的にソーシャルポリシーよりソーシャルワークを重んじる道を選択したため、専門職性の議論は—その有無を含めて—試行錯誤を繰り返すこととなった。

ただし、MSWは医学とのかかわりを、PSWにおける精神医学に比べて遠ざけた経緯から、PSWでみられた「認識と行動のずれ」には必ずしも至らなかった。そのため、重ねての「医学的知識」に類する要請に対しては—それがソーシャルワークの領域の外から発せられるがゆえに一、「MSWのよって立つ基盤を明らかにする」、「ジェネリックをしっかり踏まえない」と正しくスペシフィックが出てこない(保健医療ソーシャルワーク研究会, 1990 : 序i)という論拠が成り立ちがちであった。これもMSWの専門職性に関する吟味へ猶予をもたらす要素となって、時を経て現代の福祉と医療のボーダーレス化に臨み、あらためて専門職性を問われる一因になったことであろう。

#### 第4章 精神科医療の“陰”に向き合った、PSWのスペシフィック

さて、「精神医学ソーシャル・ワークは精神障害者に対する社会福祉的援助の体系」(柏木ら, 1968 : p.328)であるとして仕切り直しを図ったPSWだが、「治療医学は必ずしも、こうしたPSWの社会的見地を歓迎したわけではなく、PSWは任意的、第二義的に、あるいは治療医学とは結び付かず、また医療とは併行的に、患者の社会環境の調整にあたった」(鈴木, 1967)という流れになった。

これは、医師側の対応という見方にとどまらず、PSWが「医療従事者である前に、社会福祉従事者でなければならない。従って狭義の診療（または治療）チームに所属するのではなく、その外側に位置すべきであり、そのうえで絶えず治療チームと密接な連携を保たなければならない」（柏木ら、1968：p.399）と自身を規定したがゆえの、相互的な作用であった。

つまり、「学問的な基盤」としての精神医学から脱却し、ソーシャルワークを代わりに据えたPSWだった（第2章）ものの、それは医療者の賛意を必ずしも伴わず、就労先は精神科病院がなお一般的で、例えば「病院の窓口相談者…PSWに連絡をとり、病院の了解を得たうえで訪問をしている」（最上、1997：p.395）、あるいは「病院主治医およびPSWより、適当な事務作業の職場を探してほしい、ということであった」（小松、1975：p.160）といった記録からうかがえるように、医療者とともに行動するという実態に変わりはなかったのである。

従って、上記の「狭義のチームに所属せずその外側から連携」とする自らの位置付けは、PSWの精神障害者に対する外的な行動（医療とともにある）と、援助者としての内的な認識（医療と距離をとる）との間のずれ（図）を当面埋めて、前方視的な「学問的基盤の指向」（ソーシャルワーク）と歴史的な「精神科病院の現実」（医療）をつなぐ、理論的根拠の役割を果たしたと思われる。

見方を変えれば、行動としては物理的に病院内にいたのだが、狭義のチームに属さないことで、将来における地域での活動をも視野に入れた時代を先取りする着想であった。それゆえ、当時は「PSWの役割は現状においては混乱している」（柏木、1967）、「治療チームの一員としてあるのか、あるいはこれと併行して、広い医療の場で協力するのが不明確のまま」（井上ら、1967）との事態を招くことは避けられなかった。MSWと比べて医療（精神科医療）との関係がより密なるがゆえの、専門職性の難しさであった。

このようななかで、P協会の設立直後から突き付けられていた「学問的な基盤」の課題の解決を、もう一方の「精神科病院の現実」のうちに見出そうとする動きが起こる。すなわち、以下のような形である（坪上、1982：p.101）。

「最初は自分たちの専門性の基礎付けを学問に依存しようとした。その学問とは力動精神医学であり、役割論の社会福祉論であり、いわゆる政策論の社会福祉論であった。次に重点を学問への依存から自らの実践の整理へと移し、そこに専門性の基礎を探り始めた」。

もとより実践面において、精神障害者を取り巻く苦境を直視するという当事者視点を、二の次にしていたことは荒田（1994）により後年、「協会の…歴史は、PSWの専門職としての中身を深めていく過程であった。それは…残念ながら、精神科医療全体のなかでのPSWの役割を明確にすることで、精神障害者や家族などの利用者にとってどのように精神科医療を改革するのかという流れの先陣を切るものではなかった」と顧みられる状況だったのである。

そのような自省に基づいた、「精神科病院の現実」を直視する動きを結果的に後押ししたのは、非自発的入院にかかわる人権侵害というY問題（1973年）であった<sup>2)</sup>。これを契機に、P協会はクライアントの自己決定の原理、人と状況の全体性の視点、ワーカー・クライアント関係の再確認を行い、1982年に「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」とする実践に関しての基本指針を定め、総会で社会へ宣言した（札幌宣言）。

P協会は「『Y問題』は組織的に教訓を残し、PSWのあり方を問うものとして避けることのできない階段であった。『資格制度』が『専門性の確立』の延長線に位置付けられ、二者択一でなく統合されたものとして…取り組むことを可能にした」（荒田、1994）とY問題を総括し、精神保健福祉士法の制定をうながす運動を強め、

1997年にそれは実現に至る。

すなわち、「精神科病院の現実」のなかでも懸案であった人権侵害と対峙する、権利擁護の視座をもって専門職性と独自の資格制度のあいまった獲得へ向かったのである。もちろん、権利擁護の不可欠さは精神科医療に限らない。なぜなら広く医療は、利用者の権利を保障するためのシステムを持たないと、個々の職員の資質によらず専断的対応へ傾く危険性を内包しているからである。例えば「病名の告知、インフォームドコンセント、代理者制度」などの論点であって、これらは診療科の枠を超えてすべての医療利用者に保障されなければならない。

しかし一方で、精神科医療に関しては、現代においても精神保健福祉法や医療観察法といった固有の閉鎖的処遇を含む別のシステムがあるため、上記の論点に「非自発的入院、強制的な治療や行動制限、異議申し立て権」などの事項が加わる。このように医療利用者のなかでも特殊な境遇に置かれ、地域においても社会防衛としてのスティグマにさらされていた精神障害者への権利擁護は、広い意味での医療利用者に対する権利擁護の水準にとどまらない深さを持つ。

加えて前述の PSW の動きは、ソーシャルポリシーへの関心低下が懸念されていた MSW との差異にもなって、PSW の実践を、医療者に専門家として協力する第二次分野としてのスペシフィックソーシャルワークへ押し上げた。

いわば、長期社会的入院、地域福祉の相対的軽視、社会防衛に基づく隔離収容といった、精神科医療が抱えてきた精神障害者に対する強い“陰”に向き合うスペシフィックだったのである。他方、PSW が直面していたジレンマの打開のため、すなわち「PSW の職業倫理として」、Y問題が利用されたという見解（桐原，2013）もまた加わることとなった。

## 第5章 MSW・PSW の再接近

### —新たな専門職性の展開—

権利擁護を中心とする PSW のスペシフィック

クについては、一筆者の渉獵の限り— いったん確立した後の再検討に乏しい。しかも、近年の精神科医療を取り巻く状況をみると、例えば入院診療計画書の予定期間を超える、1年以上の医療保護入院への厳しい審査といった入院医療の縮小や、退院後生活環境相談員による他機関との連携・調整といった閉鎖性の低減などが少しずつ進み、病院内の実態は長期社会的入院が蔓延していた過去とはやや様相を違えている。

また、PSW の所属先も医療機関に偏ることなく、保健所・市区町村、精神保健福祉センターおよび各種施設・事業所などといった病院外に多くなってきている。つまり、図左に表したおおむね1990年代までの PSW の行動に対して、現在の PSW の行動は— 地域における援助者としての振舞いにおいて— 従来の PSW の認識（図右）と一致してきたのである。PSW の「認識と行動のずれ」は、解消に向かっているといえよう。

一方、「精神科病院の現実」にスペシフィックを探り、人権侵害と対峙してきた PSW であるが、その精神科病院は昨今において徐々に権利保障へ舵を切りつつある。さらに、かつて壁であった医師もまた「ヒエラルキーを自ら否定してみせる身振りによって逆に評価を高め」ようとし、「病院を離れて次々と開業」する（信田，2016）など、PSW にとって以前ほど手ごわい葛藤の対象とはいえない存在に変わってきた。

すなわち、いまや権利擁護がそれ自体、病院内における PSW の専門職性を表象するキーワードとしては弱くなってきたのである。強い“陰”に向き合うスペシフィックだった以上、その陰が薄まれば、病院内の PSW のあり方が問い直されるのは自然な流れと考えられる。

目を転じると、病院を離れた地域には、過労死、非正規雇用、ネットカフェ難民、犯罪、児童虐待、自殺、貧困といった多様な社会的リスクが渦巻いている（湯浅，2008：p.72）。ここでは、医療者ばかりでなく職業や教育、介護、居住などを含む、さまざまな領域の専門職との協力が要請されている。換言すれば、「保健医

療領域のソーシャルワーカーは、組織内に集約するチームによる協働・連携にとどまらず、病院を地域の社会資源の一つとして…地域に展開するメゾレベルの連携の輪を広げていく」(田中, 2016) 実践を求められているのである。

このような、地域を基盤として機関や住民を巻き込んでいく、対象者を限らない専門職連携のあり方は地域包括支援と称され、近年のソーシャルワークにおける重要なテーマの一つとなっている。そして、この領域横断性を通して、ジェネリックなソーシャルワークが明確化されていく期待が寄せられよう。他方、医療という外的な要素から規定されたMSW・PSWの専門職性は、地域包括支援において必ずしも不可欠とはされない。

なぜなら、制度上の規定をもって社会福祉士や社会福祉主事、精神保健福祉士などの資格保持者が受任の主体となるからである。それどころか、診療報酬上の退院支援加算の算定要件における「看護師又は社会福祉士」の配置のように、福祉系の資格に限定されない場合すらある。このメゾレベルにおける、先に資格ありきという情勢は、MSW・PSWがともに正対せねばならない現況となっている。

従って、先述のPSWにおける医療機関外への近年の展開は—「精神科病院のなかで」(第2章)に続き—今度は「地域に向けて」起こったPSWのソーシャルワーク再回帰という側面を持つものの、そこには精神科病院における権利擁護にみられるような、スペシフィックなPSWとしての専門職性が希薄なのである。

いわば、福祉と医療がボーダーレス化しつつある地域においては、有資格者という要件が、MSW・PSWの専門職性より優先されているといえよう。では今後、専門職性の未来はどこに見出されるか。二つの道を考えたい。すなわちマクロと、(再びの)マイクロである。

一つの方向(マクロ)は、一ややMSW寄りの立場から—第3章に記した児島(1991:p.172)の嘆息である「個別的」観点への傾倒を乗り越え、「ソーシャルワークは社会変革を志向する

価値判断を持っている」(堀越, 2016)ことを胸に刻み、MSW・PSWが医療の社会的側面へ積極的に関与していく姿勢であろう。これは、ソーシャルワークの新定義によるマクロ(政治)の重視と軌を一にしている。

すなわち、既存の制度内で利用者へ向き合うにとどまる営為を脱する態度であり、PSWに引き付けられれば、「地域移行支援の難しさは精神障害者や精神科病院側の問題ばかりでなく、障害福祉サービスとしての地域移行支援や生活保護等、制度上の問題も大きい」(渡邊ら, 2016)のである。MSWの境遇を顧みても、臓器移植や生殖補助医療、医療の国際化など(小原, 2015)取り組むべき課題は多い。

加えて、「さまざまな専門的な職業領域が生成・発展している今日では、実体的な専門職の『特性』の抽出や、『専門職か否か』という二分法的な厳密な線引きはさほど生産的な作業ではない」という言説(橋本, 2009:p.12)に立脚すれば、地域包括支援やACT(Assertive Community Treatment)のような役割開放が比較的進んだ領域で活動しつつ、公的扶助や触法精神障害者といった主題でイニシアチブをとるMSW・PSWの姿も目に浮かぶ。

さらに、もう一つ(マイクロ)である。それは、「『地域に軸足を置いたソーシャルワーク』を構想するよりも、ソーシャルワークの伝統的なアプローチであるともいえる『マイクロ』の視座に立つことの必要」(北川, 2014)に基づいている。ここでは—一ややPSW寄りの立場から—意思・判断の補助推測の課題を取り上げたい。

なぜなら、いまや対象でいえば認知症や精神疾患をはじめとして高次脳機能障害や発達障害等まで、状態からいえば治療の差し控え・中止、胃瘻や透析の適応から虐待、特殊詐欺被害まで、本人にとどまらず家族・親族や近隣住民に広がった人間関係を評価のうえ、意思・判断の表明を支援しなければならない機会が病院・地域を問わず増えているからである。そして、病状の変化ゆえに難しい選択を迫られ、なおかつ肝心の自己決定能力の揺らぎや低下に直面する本



人・家族へ向き合わねばならない場合は、もっぱら「病院を始めとし」（序章）よう。

もちろん、MSW・PSWは昔から医療利用者に対する代弁機能を果たし、一人ひとりの事例として蓄積してきた。それが現代においてはリビングウィルの尊重や成年後見制度の活用、医療訴訟の増加や司法関係者による注意の喚起などを背景に、システムとしての臨床倫理、チームとしての倫理委員会といった姿に発展してきているのである。

すなわち、医療という場・チームにおいては、倫理問題の解決を倫理コンサルテーションなどの形で求めるニーズが高まっている。これはまさに、旧定義に謳われる「環境のなかの人」、「人と環境が相互に影響し合う接点に介入」という営為の現代的な発露として、MSW・PSWが担うにふさわしい職責といえよう。

しかも意思・判断の補助推測は、過去の「精神科病院の現実」のなかでPSWが確立し、時を経て当の精神科病院や医師の変貌から相対化された専門職性である権利擁護に通底する見地であって、それがより組織化された形でMSW・PSWの前に等しく再提示されたと思えらる。

かつて、PSWにとり福祉の普遍化は遠かった（第2章）。だからこそ、その普遍化から取り残された、病院内の精神障害者との間にPSWの専門職性がいったん成立し得たわけである。しかしいまや、保健医療、介護リハビリ、生活支援福祉といった多様なサービスの前提に「本人・家族の選択と心構え」（地域包括ケア研究会、2013）が求められる時代になったという能動的な意味からも、メンタルヘルスの課題が社会に蔓延し、結果的に精神障害者へ向けた地域住民のスティグマが大きな流れとして自壊しつつあるという受動的な意味からも、PSWの特質は緩和されて、MSW・PSWの専門職性はより均等な方向にむかうと考える。

ミクロといえども一人ひとりのニーズの充足のみにとどまることなく、健康面を含めて格差が顕在化している現代において、個人を超えた社会的公平・社会正義を医療に持ち込むことが

できるのはMSW・PSWにほかならない。医療者に限定せず、大学がセミナーを開いたり学会レベルでアドバイザー養成に取り組んだりする動きが倫理問題に関して進んでおり、今後注視され切り開かれていくべき道であろう。

医療利用者のquality of lifeとwell-beingを、生活の主体者の観点から増大させる専門職としての、MSW・PSWの堅実な発展を心より願うし、筆者もそれに対し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。なお、本稿の概要は日本精神保健福祉学会 第6回学術研究集会（2017年9月：神戸）にて発表した。

## 注

- 1) 「精神医学ソーシャル・ワーク(ワーカー)」は、現在の「精神科ソーシャルワーク(ワーカー)」に相当する歴史的な呼称である。本稿では原典にならって「社会事業」、「ソーシャル」、「ソシアル」、「精神病院」等の引用部をそのまま表記している。なお、「精神医療」は「精神科医療」に統一した。
- 2) Y問題はPSWが職務上とった行為（必ずしも当時、違法とはみなされていなかった）が、本人不在のまま精神科病院への非自発的入院に結び付いた、クライアントに対しての人権侵害に関する問題提起である。

## 文献

- 荒川義子・村上須賀子(2004)『実践的医療ソーシャルワーク論』金原出版。
- 荒田 寛(1994)『「専門性」の確立と『資格制度』をめぐる経過』『精神医学ソーシャル・

- ワーク』32, 11-19.
- 福島喜代子 (2014) 「ジェネラリスト・ソーシャルワーク教育の今後—海外の研究動向から示唆されるもの」『ソーシャルワーク研究』40, 34-45.
- 橋本鉦市 (2009) 『専門職養成の日本的構造』玉川大学出版部.
- 保健医療ソーシャルワーク研究会 (1990) 『保健医療ソーシャルワーク・ハンドブック【理論編】』中央法規.
- 堀越由紀子 (2016) 「社会福祉と医療の連携の諸相」『社会福祉研究』125, 35-43.
- 池見西次郎 (1965) 「心身医学とソーシャル・ワーク」『医療と福祉』7, 1.
- 井上正吾・柏木 昭 (1967) 「精神科医療体系におけるソーシャル・ワーカーの役割—総括」『精神医学ソーシャル・ワーク』2(1), 86-87.
- 岩本正次 (1973) 「『社会福祉士法』制定試案をめぐる諸問題」『ジュリスト』537, 340-344.
- 岩本正次 (1977) 「精神医学ソーシャル・ワーク」『現代精神医学大系 5C 精神科治療学Ⅲ』中山書店.
- 柏木 昭・鈴木浩二・坪上 宏・ほか (1964) 「精神医学ソーシャル・ワーカーに関する実態調査 (第1報)」『精神衛生研究』12, 73-90.
- 柏木 昭 (1966) 『ケースワーク入門』川島書店.
- 柏木 昭 (1967) 「PSW の現状」『精神医学ソーシャル・ワーク』2(1), 99-101.
- 柏木 昭・小松源助 (1968) 「精神医学ソーシャル・ワーク」『異常心理学講座 第3巻』みすず書房.
- 柏木 昭・越智浩二郎 (1977) 『社会福祉と心理学』一粒社.
- 柏木 昭 (2009) 「PSW 資格制度について (第3回)」『日本精神保健福祉士協会, PSW 通信 No.159, PSW 協会ひすとりい (第40回)』 URL: <http://www.japsw.or.jp/kaiin/psw-tsushin/history/40.html>.
- 川上 武 (1965) 「医療危機とケースワーカー—ケースワーカーは果たして必要か」『医療と福祉』12, 2-7.
- 桐原尚之 (2013) 「『Y問題』の歴史—PSW の倫理の糧にされていく過程」『コア・エシックス』9, 71-81.
- 北川清一 (2014) 「社会福祉の大義 (cause) を身体化 (performance) する方略—『かかわる』営為の再検証」『ソーシャルワーク研究』40, 56-64.
- 児島美都子 (1972) 「医療社会事業の問題点—今日の医療をめぐる状況の中で」『社会福祉学』13, 50-65.
- 児島美都子 (1991) 『新 医療ソーシャルワーカー論—その制度的確立をもとめて』ミネルヴァ書房.
- 児島美都子 (1994) 「自立支援と医療ソーシャルワーク」『地域総合研究』4, 1-11.
- 小松源助 (1975) 『ケースワーク論』有斐閣双書.
- 厚生労働省保健局 (2002) 「医療ソーシャルワーカー業務指針」URL: [http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img\\_PDF/183\\_Img\\_PDF.pdf](http://www.jaswhs.or.jp/upload/Img_PDF/183_Img_PDF.pdf).
- 小山 隆 (1997) 「ソーシャルワークの専門性について」『評論・社会科学』57, 65-82.
- 京極高宣・村上須賀子 (2005) 『医療ソーシャルワーカー新時代—地域医療と国家資格』勁草書房.
- 最上キクエ (1997) 『保健婦が担った地域精神衛生活動—20年にわたるあゆみをふり返って』文昇堂.
- 村上 仁 (1965) 「医療の間隙をみたすもの—精神医学的ソーシャルワーカーの役割」『医療と福祉』6, 1.
- 村松常雄 (1950) 『精神衛生』南山堂.
- 中島さつき (1980) 「医療ソーシャルワークについて」『医療ソーシャルワーク』誠信書房.
- 仲村優一 (1991) 「社会福祉士と医療ソーシャルワーカー」『ソーシャルワーカー』2, 9-16.

- 日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会 (1997) 『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.
- 信田さよ子 (2016) 「精神医療からの逃走」『現代思想』44(17), 102-115.
- 小原眞知子 (2015) 「グローバリゼーションと保健医療対策の動向とその課題—ソーシャルワークからの貢献とその可能性」『ソーシャルワーク研究』41, 219-227.
- 大西次郎 (2015) 『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.
- 岡田靖雄 (1965) 「精神医療における P・S・W」『精神医学ソーシャル・ワーク』1(1), 4-9.
- 岡田靖雄・小坂英世・住吉和子 (1967) 「精神医療におけるソーシャル・ワーカーの位置づけ」『精神医学』9(1), 59-64.
- 岡本民夫 (1997) 「社会福祉における方法と技術—その方法論をめぐる課題」『評論・社会科学』57, 49-64.
- 岡村重夫 (1965) 「医療社会事業発展の総括」『医療と福祉』4, 7-11.
- 須川 豊 (1982) 「MSW の身分資格設定に関する検討課題」須川 豊・山手 茂・編『MSW の役割と専門技術—保健・医療・福祉の統合』へるす出版.
- 杉野昭博 (2011) 「社会福祉学とは何か」平岡公一・杉野昭博・所 道彦・ほか・編『社会福祉学』有斐閣.
- 住谷 馨 (1971) 「医療社会事業とソーシャル・ケースワーク」医療社会問題研究会・編『医療社会事業論』ミネルヴァ書房.
- 鈴木浩二 (1967) 「ソーシャルワークとは何か」『精神医学ソーシャル・ワーク』2(1), 98-99.
- 社会福祉専門職団体協議会 国際委員会 (2014) 「IFSW (国際ソーシャルワーカー連盟) の『ソーシャルワークのグローバル定義』—新しい定義案を考える10のポイント」URL: [http://www.japsw.or.jp/international/ifsw/SW\\_teigi\\_kaitei.pdf](http://www.japsw.or.jp/international/ifsw/SW_teigi_kaitei.pdf).
- 田中千枝子 (2016) 「保健医療領域における『連携』の基本的概念と課題」『ソーシャルワーク研究』42, 161-172.
- 地域包括ケア研究会 (2013) 「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点」URL: [http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423\\_01.pdf](http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf).
- 坪上 宏 (1982) 「精神障害者とは—精神医学ソーシャル・ワーカーとは」田村健二・坪上 宏・浜田 晋・ほか・編『精神障害者福祉』相川書房.
- 渡邊宣子・井上智洋 (2016) 「精神障害者の地域移行について—生活保護受給者の地域移行を阻害するもの」『ソーシャルワーク研究』42, 44-52.
- 山川哲也 (1991) 「ソーシャルワーク」『臨床医療ソーシャルワーク』誠信書房.
- 吉田久一 (1966) 『改訂 日本社会事業の歴史』勁草書房.
- 湯浅 誠 (2008) 「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.

**Process of “practicing social work” in mental health services:  
A comparison with the professionalism in medical social work**

Jiro Ohnishi

Department of Social Services and Clinical Psychology,  
Graduate School of Human Life Science, Osaka City University

In recent years, the boundaries between the fields of social work and medicine have become increasingly blurred, and both medical social worker (MSW) and psychiatric social worker (PSW) work not only within, but also outside of hospital settings. This study clarifies the professionalism of MSWs and PSWs in both hospitals and community settings.

Based on the global definition of social work, both MSWs and PSWs tended to prioritize their work in supporting individual's independence over affecting social policies. Since PSWs' academic foundation in hospital settings regressed from psychiatry to social work, a gap grew between their professional identity and practice as a result. On the other hand, a historical investigation revealed that MSWs had a lesser need to build their academic foundation in medicine compared to PSWs. Coupled with the universalization of social welfare, MSWs had enough time to critically examine their professionalism.

PSWs temporarily secured their professionalism and corrected the gap between their professional identity and practice by incorporating the views of advocacy for persons with mental disabilities. PSWs have returned to social work as evidenced by the development of their practice in community settings which indicated their strong professionalism as those who are qualified. In sum, today's MSWs and PSWs seem to converge again towards a commonality that they both use their intentions and judgments for supported decision making.

Key words: psychiatric social work, medical social work, professionalism, community, social policy