

ACTを日本に導入するための課題

—英国から学ぶ—

三品 桂子

本研究は、イングランドの脱施設化の歴史と背景にある思想を辿るなかで日本にACTを普及するために必要なことを明らかにすることを目的にした。イングランドの精神科病床削減は、1954年に始まり、現在も引き続き進行中であり、急激ではないが、着実に減り続けている。一定の地域を定め、サービスがどの家庭にも届けられるよう配慮されている。特に北バーミンガムでの取り組みは、ケアマネジメントを機能分化させた上で、バーミンガム市の社会福祉局やボランティアセクターと連携を図りつつ、国民保健サービス（National Health Service：NHS）のいくつかの機能的チームが地域生活支援を展開している。

包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment：ACT）は、重い精神障害のある人への最も効果的な地域生活支援の方法である。英国の精神保健の歴史とバーミンガムの実践から、ACTを日本に普及するためには、①援助者の人間観や援助観、②ACTのための予算の確保、③援助者の使命感、④援助者の技能の向上、⑤援助者の待遇改善の5点が必要であることが明らかになった。

キーワード：英国脱施設化の歴史、重い精神障害のある人、ACT

This present study is aimed at clarifying the necessary factors to promote ACT in Japan through reviewing the history of deinstitutionalization in England and its ideological background. The psychiatric hospital beds reduction in England started in 1954, and it is still in progress. The number of psychiatric hospital beds continues to decrease steadily in England. Attentions are paid to enable services to be provided to every family in a certain area. Especially, the Birmingham National Health Service system differentiates care management functions, and while the NHS cooperates with the Birmingham Social Services Department and many voluntary sectors, some multidisciplinary teams practice community living support for people with severe mental disabilities.

Assertive Community Treatment is the most effective method of community living support. Mental health history in England and the practice in Birmingham show the following five points which could be helpful for promoting ACT in Japan:

1. Staff's philosophy about human being and helping;
2. The budget for ACT;
3. A sense of mission of the staff;
4. Enhancement of the staff's helping skills; and
5. Improvement of staff's working conditions

Key words : Mental health history in U.K., Persons with severe mental disabilities, Assertive Community Treatment

はじめに

英国は、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドの連合王国であり、各地域は独自の自治権を持ち、法体系も異なっている。本稿では、イングランドを中心に述べる。イングランドの精神科病床削減は、1954年に始まり、現在も引き続き進行中であり、急激ではないが、着実に減り続けている。一定の地域（セクター）を定め、サービスがどの家庭にも届けられるよう配慮されている。脱施設化の取り組みに対してさまざまな批判はあるものの、地域生活に必要な支援システムが構築されてきた。特に北バーミンガムでの取り組みは、ケアマネジメントを機能分化させた上で、バーミンガム市の社会福祉局やボランティアセクターと連携を図りつつ、国民保健サービス（National Health Service：NHS）のいくつかの機能的チームが地域生活支援を展開している。その結果、政府から推奨される地域となったスモールヒース保健地区では再発率を6.4%まで下げている。

本稿では、主として法律の変遷を通して2004年度までの英国精神保健の歴史を概観し、その上でバーミンガムの精神障害のある人¹⁾の生活支援体制について述べた。特に近年の流れについては、重い精神障害のある人の支援を行っているNHSに焦点を当てて述べている。最後に重い精神障害のある人の地域生活支援の方法である包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment：ACT）を日本に導入するために必要なことを英国と日本を比較するなかで考察した。

I 英国イングランドの精神保健の歴史

（1）1950年代まで

1601年の英国救貧法に始まる互助責任と保護の対象にはならなかった精神障害のある人に関する法律は、浮浪者の強制収容を目的とした1713年の浮浪者法（The Vagrancy Act）に始まる。精神障害のある人は、英国においてもかつては多くの国と同様、治安の対象や地域から排除される対象とはなれ、ケアされる対象とはみなされてこなかっ

た。しかし、18～19世紀初めの「啓蒙的人道主義の時代」になると変化の兆しが見られるようになった。1796年にチューク及びマーレイの努力によりヨーク診療所が開設され、人間性の尊重、自由、労働を強調し、道徳療法の基盤が形成され、1839年には、コノリーが収容所で常識化していた物理的拘束を廃止し、人道主義運動が精神障害のある人を人間として取り扱う思潮であることを世に認識させた（岡本1961：11）。

1774年には、精神病施設法（The Madhouse Act）によって私立収容施設の最低基準が示され、さらに1808年に州収容施設に関する規定（Country Asylum Act）ができたが、当時、精神障害のある人は個人の屋根裏部屋か地下室に閉じ込められていた（星野1988：84）。1828年に精神病施設法（The Madhouse Act）が改正された。1834年には改正救貧法によりワークハウスが建てられ、精神障害のある人は救済されることになった。1845年には精神科病院法（The Lunatic Act）が制定され、英国の巨大精神科病院の基礎が築かれた。1854年には、ブラウンによって精神科看護者の体系的養成訓練が開始され、1880年には、クラークによって『精神科看護者のためのハンドブック』が出版されている。この時期には道徳療法を基礎に拘束的でないケアを行おうとする動きもあったが、収容される人の多さや職員の不足から次第に拘束的なケアが主流になった。1890年にできた改正精神科病院法（The Lunacy Act）では、民間収容施設はライセンスを必要とし、長期入院に歯止めをかけるものであったが、当時の法律は基本的には危険な障害者の隔離政策と貧困者に対する慈善事業の延長上にあるものであった（斉藤1988：1526）。

第一次世界大戦前後からコミュニティケアの源流が出現する。1909年の救貧法委員会報告では、保健ケアの方が治療よりも安価で効果的であること、社会的ケアは公的サービスに加えて慈善活動を奨励するとされた。1911年には国民保険法（National Insurance Act）が成立し、医療施設の整備が促進し、その後の1913年及び1927年の精神欠陥者法（The Mental Deficiency Act）では、知的障害のある人を精神病者とは別の施設に収容

することを定めた。1914年には全国規模の民間団体である精神欠陥者ケアラー全国連合会が結成された。この団体は1927年に精神保健福祉全国連合会に組織再編される。

1923年には、モーズレイ病院が設立され、自由主義的ケアが復活し、外来治療、任意入院による治療が行われるようになった。同時に精神科アフターケア協会の発展によりデイセンターや共同住居の活動が始まった。翌年のマクミラン委員会報告では、①巨大病棟から小規模システムへの転換、②外来、総合病院精神科病床、③民間による退院後ケア資源の開拓などが奨励された。1926年の精神病と精神疾患に関する王立委員会(1924-26)報告では、将来の基本方針は、予防と治療に置くべきであるとし、1930年精神科治療法(Mental Treatment Act)が成立し、地方自治体の精神衛生サービスが始まった。しかし、この時代は精神障害のある人を巨大精神科病院および収容施設に収容することが中心であった。ただし戦争の影響から戦争神経症や精神疾患を引き起こす兵士や退役軍人に対する対策は進んだ。1929年には精神科への入院や外来治療に訪れる人の増加のもと、ロンドン大学経済学部にはソーシャルワーカーのための精神保健コースが開設され、1930年には、英国精神医学ソーシャルワーカー協会が創立された。精神科治療法では自発的な入院形態である任意入院の概念が導入され、地域に外来診療所や訓練施設が必要であるとの考えが打ち出され、近代的な治療への改革が始まった。

1939年第二次世界大戦が始まり、その大戦のなか1942年にベヴァリッジ報告が出され、窮乏・病氣・無知・不衛生・怠惰という5つの巨人悪を一掃し、英国は福祉国家の道を進むことを明らかにした。1944年には身体障害者雇用法(Disabled Persons Employment Act)が制定され、リハビリテーションセンターと職業訓練施設が設立されたが、精神疾患のある人は適用除外された。

1946年には、現在のイギリス医療の根幹となる国民保健サービス法(The National Health Services Act)が制定され、1948年7月NHSが施行された。同法によって病院もそのシステムに組み入れられ、全て国営になり、老人病院、精神科

病院、知的障害病院の3つに分類された。このことにより、スティグマを伴わない処遇、非形式的処遇、科学的治療とケアの展開が期待された(星野1988:3)。入院による経済的負担が取り払われたため法的入院と任意入院の区分が廃止され、公式入院と非公式入院に分類され、非公式入院は全く自由となった。1948年には国民扶助法が(National Assistance Act)が制定され、300余年続いた救貧法は正式に廃止されが、この法律には精神障害のある人の収容保護が盛り込まれた。

この間、マインド(MIND)²⁾の前身の全国精神保健協会(The National Association for Mental Health: NAMH)が1946年に設立され、協会がホームやホステル、デイケアセンター、ソーシャルクラブなどの運営と普及を始めた。さらには精神保健福祉全国連合会などがイングランドやウェールズにおける先進的な取り組みを民間レベルでも始めた。1947年には英国精神科ソーシャルワーク誌が創刊された。

戦争直後には、開放化、作業療法の機会の増加、極少数ではあるが治療共同体が誕生した。治療共同体は戦争神経症の治療から生まれた精神科病院の治療組織化の方法である。精神科病院の治療的雰囲気を双方向のコミュニケーション、誰もが参加できる決定機関、各人の役割を発展させるなどに確立することが重要であるとした。治療共同体は、他者とともに生きることを学習し、対人関係の基本的な困難をいくらかでも解決する試みに合わせて、通常の問題を回復し、日々の仕事を分担するよう奨励する(Ramon & Giannichedda 1998:11)。

これは患者の自己決定や主体性を尊重する考え方の実践であり、精神科病院の改革に止まらず精神科デイケアや地域リハビリテーションの方法の基盤となり、今日の英国の援助者の理念と実践の根幹となっている。1947年以降、退院率は非常に高くなった。退院率が高くなった理由には、施設神経症の概念(Barton1959)やトータル・インスティテューションの概念(Goffman1961)があった。バートンは、施設に長期に隔離されると、精神科病院に入院する要因になった精神疾患以外のいわば「精神的床ずれ」に伴う無気力、意欲の低

下、関心の喪失に陥るとし、これらの状態に対しては病院での社会復帰活動が有効であるとした。また、ゴフマンは、多くの人を病院のような階級の組織で取り扱う場合には、患者に精神科患者の役割を負わせてしまうとした。治療共同体、施設神経症、トータル・インスティテューションの概念は、1960年代の反精神医学の概念と共に英国の脱施設化を促進する援助者の理念と実践に深く根付いている。これらの概念と共に戦後のもう一つの大きな発展理由は、主に公的な精神医療の分野で働く専門職の数が増加したことが挙げられる(Ramon & Giannichedda 1988:10)。

1950年代になると、電気ショック療法、抗精神病薬(クロールプロマジン)、あるいは精神分析などの治療法が相次いで導入され、精神病の治療可能性が高まるにつれて社会の精神障害のある人に対する見方が変わってきた。しかし、1954年の入院中の患者は、人口1万人当たり35.4人で、現在の日本よりもさらに多い状況であった。1953年チャーチル保守党内閣は、第二次世界大戦後の復員兵対策として「精神障害者及び知的障害者に関する王立委員会」を組織し、新しい精神衛生行政の指針作りに着手した。王立委員会から1954年と1957年に報告書が出された。この報告書では、精神保健サービスの主要な原則の1つとして施設ケアからコミュニティケアへの転換があり、退院患者を含めて病院治療を受けていない患者に対するソーシャルワークは、本質的に地方自治体の責任であるとして、患者の早期退院の促進、訓練と地方自治体による社会サービスの強化、居住施設やホステル整備の必要性を述べている。この報告書の主張をほとんど取り入れる形で精神保健法(The Mental Health Act)が1959年に成立した。この法律は、隔離収容主義を否定し、精神障害のある人を医療と社会の両分野で保護することを目的とした。すなわち入院患者を可能なかぎり速やかに退院させ、地域生活に復帰させ、病院内の治療と保護も一般患者と同様な方法と雰囲気で行うことを定めた。このような病院の門戸開放政策を採用したことにより、精神障害のある人の病院サービスは大きく前進し(市瀬1973:190)、地域におけるサービス機関を発展させた。また、精神衛生

審査会が創設され、強制入院患者等やその家族からの処遇に関する審査請求が審査されるようになった。この法律は、今日のイギリスにおける地域精神保健福祉活動の基礎をなすものであり、精神障害のある人へのコミュニティワークの先駆けとなり、その後世界に波及していくものである。

(2) 1960年—1970年代前半

1950年代から始まった英国の脱施設化は、1960年代以降着実に発展していった。1960年代になると、コミュニティケアの発想は、政策に反映されるようになり、1960年には保健省通達により、従来の身体障害のある人のサービスに加えて、精神障害のある人及び知的障害のある人に対するサービスも新たに地方自治体に義務付けられた。ただ1960年代のコミュニティケアは、在宅ケアだけでなく、施設ケアも含めた意味で使われていた。すなわちNHSの精神科病院と知的障害病院における長期入院者の増加を抑制するため、NHSの入院治療から地方自治体の施設ケアへの転換を意味していた(Bulmer1987:11)。

1961年、NAMH大会においてイノック・パウエル保健大臣が、15年以内に病院ベット数を現在の半分以上にするとの演説を行い、「数字に表すならば、7万5千床が過剰である」と述べた。翌年の1962年の「イングランドとウェールズにおける病院計画」では、精神病床を13年間で半分に減らし、入院期間の短縮を促進することとし、精神障害のある人は地域で治療することが原則となり、単科精神病院の分割や総合病院に精神科を設置することが義務付けられた。この流れは、児童や身体障害のある人、高齢者へと拡大し、1963、1966年の「コミュニティケア計画」の策定へと発展していった。翌1963年に開始された青書「保健と福祉：コミュニティケアの展開」に基づく「地域保健と福祉10か年計画」は、英国におけるコミュニティ計画の最初のものである。この10か年計画では、人口万対33床ある精神科病床数を向こう10年に18床に減少させることを明記し、それを達成するため巨大精神科病院の分割・縮小閉鎖と総合病院における精神科の設置義務と促進、居住型福祉施設の開発などを計画目標としてあげた。さらに

地域内サポートの核となる地方自治体に勤務するPSWを1961年の1,128人（イングランド及びウェールズ）から、1972年には2,000人に増員することが盛り込まれた。

1960年代の半ばには、レインやクーパーによる反精神医学の運動が台頭した。反精神医学は、疾患としての精神障害の存在を否定し、精神疾患にかかっている人を理解し介入するのに臨床一身体医学的アプローチをとる価値を否定するものであり、イギリスの精神医学会を揺り動かそうとした。反精神医学運動は、精神医学会に決定的な検討をさせるには至らなかったが、1960年代末から1970年代初めにかけて若い人たちやソーシャルワーカーの支持を受けて、他の新しい社会運動とも関係をもち、その思想は世界的に広まり（Ramonn & Giannichedda 1988：10-11）、日本の若手精神科医にも影響を与えた。

1968年には「シーボーム報告」が出され、「コミュニティに立脚した、健全な家族志向サービスを行う部局を地方自治体に新たに設けること、また、住民の誰もがそのサービスを受けられるようにすべきであること」を勧告し（Seebohm Committee 1968=1989小田：3）、コミュニティを基盤としたパーソナル・ソーシャル・サービスに関する提唱がなされた。この報告は、これまでの隔離収容処遇から地域内処遇への転換を精神障害のある人びとの分野でもさらに促進することとなった。また同年には、保健サービス及び公衆衛生法（Health Service and Public Hygiene Act）が成立し、保健サービスに関する地方自治体の役割と権限の拡大、民間非営利部門の活用が方針として出された。

シーボーム報告が引き金となり、1970年に英国ソーシャルワーカー協会が設立され、精神医学ソーシャルワーカー（Psychiatric Social Worker：PSW）団体もその中に入り、8つの専門団体を統合した1つの専門職団体として組織された。また同年には、地方自治体社会サービス法（the Local Authority Social Services Act）が制定され、福祉サービスは1972年に創設された地方自治体の社会福祉局（Social Services Department：SSD）に移管され、これに伴い、領域別に配置されてい

たソーシャルワーカーもSSD所属に配置換えとなった。したがってNHSに所属していたPSWもSSDの所属となり、SSDのPSWは、宿泊施設の提供、職業訓練所の活用、職業斡旋、地域での積極的なコンサルテーション活動に携わることとなった。1970年には、慢性疾患および障害者法（Chronically Sick and Disabled Persons Act）も出された。この法律は、施設ケア批判や当事者運動を反映して、施設ケアよりも在宅ケアに重点を置き、コミュニティケアを施設から在宅への流れに転換する方向性を示したが、この法律のための財源が確保されず、法的強制力も持たなかったために実効性は極めて乏しいものだった（杉野1999：306）。NAMHが「MIND」に名称を変更したのもこの年であり、積極的な啓発活動やロビー活動を開始し、政策へ働きかけるようになった。また、全国統合失調症者同盟や精神病者家族会及び精神保健従事者の会の合同組織も結成された。

1970年代初頭には、ニルジェらの唱える「ノーマライゼーション」の理念が英国でも広く受け入れられるようになり、精神障害のある人もノーマルと考えられるような生活を経験するために必要なサービスが受けられるようすべきだとされた。精神障害のある人の福祉サービスは、上述したようにSSDが管轄することとなり、病院が閉鎖される一方、宿泊施設の提供、職業訓練所の活用や職場斡旋などが地方自治体のサービス部でも行われるようになった。

（3）1970年代後半—1980年代

1975年に政府から「精神疾患に対するより良いサービス」が出され、コミュニティケアの重点をノーマライゼーションに置き、精神保健行政の中心目標を隔離から統合、地域を基盤とした新しい形態のサービス展開とすることを明確にした。具体的には、入居施設、デイケア、地域で生活している者へのソーシャルワークなど社会サービス部門の拡大、職員の質の向上、機関同士の協力改善にふれている（黒田1998：8）。その後精神障害のある人の処遇は保健と福祉サービスの優先施策として位置づけられた。この頃MINDは「病院から家庭に」のキャンペーンを繰り広げた。地域

精神保健センターの開設が始まるが、10年経ってもイギリス全土で50か所しか開設されなかった。これは、当時医療ケアのコストが問題にされていたNHSにとっては、病院閉鎖がコストの削減に繋がるが、退院者を受け入れる自治体にとっては負担が増えることになったためである。そこで1976年には、NHSによって提供する医療と地方自治体が発行する社会サービスとの連携を促進するために、保健局と地方自治体との共同財源制度である「ジョイント・ファイナンス制度」が導入された。この制度の導入によって地域宿泊施設は増加したが、システム自体はうまく働かなかった。このようなNHSと地方自治体の費用負担の押し付け合いは、その後も続き、1990年の国民保健サービスおよびコミュニティケア法（National Health Services and Community Care Act）の成立まで続く。

1979年に誕生したサッチャー政権は、経費節減を狙い、積極的に病院と大規模施設の閉鎖を進め、コミュニティケアの構造改革を行った。すなわち「福祉国家」は批判され、民間の福祉部門が福祉サービスに参入する民間と行政の混合経済政策を導入したのである。このような流れの中で、精神障害のある人は、精神病院から民間のナーシングホームに移り、インフォーマルな支援ネットワークがますます強調されるようになった。

1981年に英国保健社会保障省は、「コミュニティによるケア」を打ち出し、1982年には「パークレー報告」が出され、ソーシャルワーカーにコミュニティにおいて資源と個人や家族を結びつけ、ネットワークを開発するためのカウンセラーと社会的プランナーとしての働きを要請した。このパークレー報告において、SSDの市民窓口が、日本でいうところの中学校区に一つの人口割合で配置されていたものが、利用者が歩いて相談に行ける距離内に開設された。そして、今までの専門分化した担当者からパッチ事務所という理念のもと、地区担当の有資格ソーシャルワーカーが担当する家族全体を受け持ち、ある家族が高齢者、児童や住宅問題のみならず精神障害のある人をもっている場合にも、その家族の担当ソーシャルワーカーが窓口となった（藤原1990：49）。

1983年には精神保健法が改正され、法形式主義が復活された。すなわち、第二次大戦後の精神科治療の科学的進展への期待が過度の楽観的であったことが明らかとなり、入院予防、早期退院などの法的保護を中心とした改正が行われた。そして、対象者の人権を保障するものとして、強制処分に関わる専門識者に指定ソーシャルワーカーが加わることになり、入院継続の適否判定期間が短縮された。1985年に下院社会サービス委員会は、精神障害と知的障害があつて退院する人に、明確なケア計画の策定およびそれを実施するための社会資源の整備を提言し、ケアマネジメントについて述べた。1986年には障害者法（the Disabled Persons Services, Consultation and Representation Act）が制定され、「国会に対して精神疾患者と精神障害のある人へのコミュニティサービスの進捗状況に関して、毎年報告書を提出しなければならない」とのモニタリングに関する国の報告義務が課せられた。同年に出された監査委員会報告では、ケアマネジャーの配置の必要性について触れ、ケアマネジメントシステムが必要なことを提案した。また、同年に英国における精神医療ユーザーの最初の全国組織である「発言する生還者の会（Survivors Speak out）」が誕生したことは特筆すべきことであろう。

1988年のグリフィス報告において、コミュニティケアに関しては地方自治体が責任をもつこと、サービスの購入者と提供者を分離し、地方自治体は個人のニーズのアセスメント、必要なサービスを多元的な供給主体から購入することなどが提案された。これによって、社会福祉サービスのすべてを公的に保障するのではなく、民間や私的な資源との協同が推奨されるようになった。グリフィス報告を受けて、政府は1989年にコミュニティケアに関する白書「人々のためのケア」を刊行し、1990年国民保健サービス及びコミュニティケア法が成立した。同法では、要援護者に対するコミュニティケア計画の策定義務化、病院閉鎖プログラム、病院トラスト³⁾制度などサービストラストの導入、居住サービス資源の重視、ケアマネジメントの制度化などが盛り込まれた。コミュニティケアに関する白書の7つの「鍵となる変革」の7番

目に「重い精神疾患のある人に対する社会的ケアの発展を推進するため、新たな特定補助金を創設する」と提案した。精神障害のある人のコミュニティケアに対して、このように用途を特定した補助金が設けられたのは、従来この分野の社会サービス費用の支出が地方自治体財政において非常に低い割合しか占めてこなかったことが政府に認識されたことによる。

(4) 1990年代以降

1990年保守党は、国民からの強い批判にさらされたサッチャーからメジャーに党首を交代させた。このような中で1991年からNHSの病院は、段階的に独立採算の病院トラストに再編されるようになった。また、ケアマネジメントの1つの形態であるケアプログラムアプローチ (Care Programme Approach : CPA) が地域精神科看護師 (Community Psychiatric Nurse : CPN) を中心に開始され、地域で重い精神障害のある人の支援の試みが始まった。一方SSDでは、コミュニティケア法の施行と共に1993年からケアマネジメント⁴⁾を開始した。この2つのケアマネジメントによって、英国の精神障害のある人への地域生活支援は本格的に取り組まれるようになった。1994年には英国で初めて在宅治療チーム (Home Treatment Team : HTT) が北バーミンガムで活動を開始した。1995年には障害者差別禁止法 (the Disability Discrimination Act) と精神保健法の一部改正 (Mental Health : Patients in the Community Act) が行われ、措置入院に変わる地域措置が導入され、利用者の意思に基づいた退院後のケアが強調された。1996年には、新たに「ケアラー⁵⁾—認識とサービス—法 (Cares—Recognition and Services— Act)」が施行され、障害のある人のニーズアセスメント時に希望があればケアラーのケア能力のアセスメントを行い、ケア計画を立てるときにその結果を考慮に入れることを地方自治体に義務付けた。

1997年に誕生したニューレイバー (新労働党) のブレア政権は、NHSへの国民の不満を解消するため、第三の道を政策課題にあげた。NHS改革の基礎となった政治理念「第三の道」とは、次のよ

うに位置付けることができる (近藤2004 : 7-19)。「公正」を「効率」よりも重視した古い労働党の「第一の道」でもなく、「効率」のために「公正」を犠牲にした保守党の「第二の道」でもない、「公正」も「効率」もともに重視するのがニューレイバーの「第三の道」であるとしている。すなわち「第一の道」では、古い労働党が「揺りかごから墓場まで」の理念の下に「公正」を重視したあまり「効率」が悪く、「第二の道」では、官僚化、肥大化したNHSをサッチャー保守党が、「競争」「民間の手法」を導入することによって「効率化」による医療費抑制を図ったが、人材が海外に流出するなどその質は低下し、第三世界並に医療は荒廃した。そこで、「第三の道」とは、公共サービス体制を維持しながら、民間企業の経営手法や競争を導入することによって、効率化を図ろうとする理論と行政改革である。

1997年保健白書「新しいNHS : 改革と信頼」では、再びプライマリー・ケアの重視を強調し、翌年の保健白書「精神保健改革 : 安全・健康・支持」では、公正なケアの提供や個別ニーズに合わせた長期的ケアと共に積極的訪問チーム (Assertive Outreach Team : AOT) やHTTの整備が強調された。1998年には保健白書「第一級のサービス—新NHSにおける質」を出し、改革ビジョンとそれを実現するための戦略を示した。

保健省は主要な疾患に関する国家的な10年戦略として「精神保健のための包括的なサービス枠組み (National Service Framework for Mental Health: 精神保健NSF)」を随時発表している。中でも精神疾患に関しては、心血管性疾患と悪性新生物に並び三大疾患とし、優先項目にあげた。精神保健NSFは、最も早い1999年に発表され、2001年には実現のための方法が白書としてまとめられるとともに、同じく2001年にNSFに対応する人材育成のためのガイドラインが提案された。また、1999年には、国立優良臨床実践研究所を設立し、優良実践を伸ばしていく研究を開始した。

1999年の精神保健NSFでは、次の7つの全国的基準とそれらの目標を地方で実施するための進行政管理、財務、人的資源の確保と育成、研究開発、臨床指針の作成、情報管理を明らかにしている。

- 基準1：精神的健康の増進。すべての国民の精神的健康の増進の広範囲にわたる課題と解決方法を示し、精神保健に問題をもつ個人および集団に対する偏見と排除の除去、精神障害のある人の就労をはじめとする社会参加の促進。
- 基準2：プライマリーケア（初期医療）の充実。利用者の精神保健上のニーズの特定と査定。さらなる査定、治療やケアが必要であれば専門的サービスへ紹介。
- 基準3：サービスの利用のしやすさ。必要な地域サービスを24時間提供。
- 基準4：重度の精神障害のある人への効果的なサービス提供。CPAの計画書のコピーを利用者は所持。24時間、365日サービスにアクセス可能。
- 基準5：重度の精神障害のある人への効果的なサービス提供。自宅以外でのケアが必要な利用者に住まいに近い場所で安全に効果的な治療のできる病室、あるいは替わりとなるベッドや住まいの確保。利用者は退院時に同意したケア計画書のコピーを所持。
- 基準6：ケアラーへの支援。ケアラーは身体的・精神的健康のニーズについてアセスメントを受け、自分自身のためのケア計画書を所持。
- 基準7：自殺予防。囚人の自殺予防のための刑務所職員への支援。NHS職員の自殺リスクを査定する力の向上。自殺監査のための地域システム開発。

ブレア首相は、2000年新春のBBCインタビューで医療費を1.5倍に拡大する宣言をし、その年の7月に「NHSプラン」を出した（Department of Health2000）。その中で具体的数値目標を設定した。具体的数値目標とは以下の9項目である。①一次ケアに新卒精神保健職員を1,000人配置、②地域精神保健チームに新たに500人を配置、③早期介入チームを50か所設置、④危機解決・HTTを335か所まで増強、⑤AOTを220か所まで増強、⑥ケアラーに対する職員を700人設置、⑦安全な病院にするために400人増強、⑧刑務所内の精神保

健サービスの改善、⑨精神疾患をもって刑務所を退所するすべての者にキーワーカーをつける。

2002年にはNHSトラストをその実績によって格付けし、業績のよいトラストについては、自由度の高い財団病院／トラスト⁹⁾とする方針を打ち出し、2003年に保健医療および社会ケア〔コミュニティ保健医療および基準〕法（Health and Social Care〔Community Health and Standards〕ACT 2003）を議会に上程し、財団病院／トラストが誕生した。

2004年12月に1999年に出された精神保健NSFの5年間の報告書が発表された。これは、5年間の中間総括と今後5年間の達成目標を加速するための課題を明確にしたものである。この書には、基準毎の積極的実践例も掲載されている。また、同年には精神保健法改正草案が出され、地域措置は入院措置を経なければ認められないことや、措置入院申請作成者として、従来は直近親族か指定ソーシャルワーカーしか認められていなかったものが、CPNや作業療法士などの指定精神保健専門職も認める方向が打ち出された。

II 脱施設化の評価とケアマネジメント

(1) 脱施設化の評価

英国イングランドの脱施設化は、1954年から始まり、精神科病床は減少し続けてきた。1955年に英国全土に18万5千床あった精神科病床が、2002年には2万5千床、人口万対6床にまで減少した（源田、2002）。ただし、長期在院患者のための病床が減少したのであって、急性期病床は減っていない。

英国の脱施設化の背景には、いくつかの要因を挙げることができる。第1は、道徳療法や人道主義を基礎とした思想が治療共同体を生みだし、施設神経症、トータル・インスティテューション、反精神医学の概念とともに英国の脱施設化を促進する援助者の理念と実践に深く根付いていることである。特に施設神経症の概念は、精神病院での長期の過密収容が精神障害のある人の無気力、意欲の低下、関心の喪失を生み出すと指摘し、後にWingとBrownはこの考えを発展させ、長期入院による社会的環境の貧困が精神障害のある人の状

態に悪影響を与えることを調査し明らかにした (Wing & Brown 1970)。第2は、1959年の精神保健法が隔離主義を否定し、地域医療重視の方針を出したことである。この法律には審査会制度も創設され、患者の人権擁護の仕組みが確立された。第3は、地域ケア施策である。脱施設化は病床削減だけではなく、医療を含めた地域生活支援プログラムがなくてはならない。このコミュニティケアの施策が早期に開始され、一定の地域を定め(セクター)地域責任制が明確にされており、少しずつではあるが着実に整備されてきたことである。第4は、NHSの成立である。NHSが病院から地域中心への精神医療・保健サービスを展開し、かかりつけ一般家庭医 (General Practitioner: GP) やCPNが地域で重要な活動を展開していることである。特に、近年では早期治療に重点を置き、GPの教育に力を入れている地域が増えてきている。第5は、入院医療費の抑制とSSDへの予算削減など経済的な問題である。第6には、保健医療チームとソーシャルワーカーを統合した地域精神保健チームによるサービスが保健省によって打ち出されたことが挙げられる。第7にはボランティアセクターの発展である。1979年以降のボランティアセクターの福祉市場への参入を契機として、ボランティアセクターは大きな役割をもつようになった。精神障害のある人地域施設は、公共セクターの供給が十分でないため、特に1990年以降はボランティアセクターが成長し、補っている (杉野1999: 311)。さらにブレア政権のコミュニティ重視の政策は、この傾向を強めている。

脱施設化の評価に関して、最も緻密になされた調査としては、精神科サービスに関するアセスメント・チーム (Team of Assessment of Psychiatric Services: TAPS) プロジェクトがある (Leff 1997: 69-91)。TAPSプロジェクトによると、ロンドンにある2つの巨大な精神病院の閉鎖に関わる12年間にわたる退院患者と在院患者を比較したところ、長期在院患者の退院後の予後が非常に良好であったとされている。すなわち、病院から主として支援付き住居に移った精神障害のある人の生活能力、生活の質、満足度、幸福感は

時間が経つにつれ改善したのである。しかし、1990年代に入り精神障害のある人が起こした殺害事件などいくつかの事件をマスコミはしばしばセンセーショナルに取り上げ、地域ケアの失敗として論じた (中谷1996: 1155)。犯罪率や殺人、自殺が増えたとの統計的な根拠がないにもかかわらず、地域ケアを進める精神保健サービスに対する評価は必ずしも好ましいものではない (シェパード2000: 64)。保健大臣の「地域ケアは失敗した」との発言はともかくとして、精神病院で提供されていたサービスを地域に再建すること、保健医療サービスと福祉サービスとの統合が課題となっていた。

(2) 2つのケアマネジメントからCPAへ

国民保健サービス及びコミュニティケア法に基づき、1993年4月からSSDにおいて対人福祉サービスに関するケアマネジメントが開始された。このケアマネジメントはSSDのソーシャルワーカーによって行われているものであるが、拡張仲介型の形態をとっている。一方、保健省の管轄下では、1991年から地域精神保健チームに所属する、主としてCPNがキーワーカーと呼ばれるケアマネジャーになり実施するCPAが行われ、精神障害のある人の地域生活支援を行うようになった。CPAの対象者は、地域精神保健チームに紹介されてきた患者であり、特にその中でも重い精神疾患のある人を対象としている。英国イングランドでは、このように2つの公的なケアマネジメントがほぼ同時期に導入され、地域ケアに当たる専門職の間でも混乱が見られた。また、この2つのケアマネジメントの連携が取れていないことが問題でもあった。さらにソーシャルワーカーの立場から、精神障害のある人や複雑で頻繁にニーズが変化する利用者に対しては仲介型のケアマネジメントの限界を指摘し、治療的支援的なケアマネジメントの導入やソーシャルワーク技術の展開、ケアマネジメントの多面的機能の必要性が語られるようになっている (Burns 1997, Lewis, Birnstock, Bovell 1997)。チャリスや近藤も高齢者のケアマネジメントにも集中的なケアマネジメントが必要であると述べている (Challis2002, 近藤2004: 148)。

このように英国では1991年にNHSで始まったCPAと1993年に始まったSSDが行うケアマネジメントの2つが行われてきた。しかし、現在では、CPAに統一され、ケアマネジメントという用語は使われない傾向にある。CPAに統一された理由は、①2つのケアマネジメントの谷間に落ち、ケアが受けられない人が存在したこと、②精神障害のある人の地域生活支援には高度な知識や技術が必要で、高齢者や他障害のケアマネジメントと同様に行っている効果がないこと、③人格障害のある人への支援を整備する必要があったことによる⁷⁾。現在、CPAは2つあり、軽症者には標準型 (standard) CPAが適用され、重症者には強化型 (enhanced) CPAが適用される。CPAは、後述する地域精神保健チームのなかの職員がケアコーディネーターとなり、アセスメントを行い、ケア計画書を作成している。これらのCPAの記録用紙の1枚目は本部に送付され登録される形になっていたが、2005年半ばよりIT版が完成し、全国どこでも対応可能となった。

以上のようにケアマネジメントは変遷しており、現在ではCPAと呼称も変わったが、ケアマネジメントは地域精神保健チームの配置とともに1991年以降の英国の脱施設化に大きな役割を果たしてきた。

III バーミンガムの精神保健システム

バーミンガムは、英国の中でも地域精神保健システムが整備されてきた地域である。筆者は2001年から2004年の4年間毎夏バーミンガムを訪れ、システムや援助者のもつ理念や人間観、援助技術に関する調査を行ってきた。そこでここでは、英国のモデル地域の1つであるバーミンガムのシステムを概観し、重い精神障害のある人の生活支援システムを考える。

(1) 地域精神保健システムの主たる構成機関⁸⁾

バーミンガムの地域精神保健システムを担う機関には、NHS、市のSSD、そして福祉サービスを提供するボランティアセクターがある。

NHSにおける精神保健サービスは、第一次ケアを地域のGPとCPN、ソーシャルワーカーらが担い、第二次ケアを精神保健センター、外来クリニ

ック、地方自治体によるデイセンターが担ってきた。そして第三次ケアを地方保健当局の精神科病棟や精神科病院、デイホスピタルが担う形をとり、この一次ケアから三次ケアが協力しあいながら、また、地域によっては統合してサービスを提供してきた。近年増加している機能的チーム⁹⁾は、第二次ケアを担っており、バーミンガムの重い精神障害のある人への地域生活支援を行っている。

福祉サービスは、1968年の「シーボーム報告」により、社会福祉サービスを提供する部局を一括してSSDにおくように地方自治体の機構改変が行われ、以来、福祉サービスはバーミンガム市SSDによって運営されてきた。また、英国の地域精神保健活動の特徴は、NHSとSSDだけでなく、ボランティアセクターによる福祉サービスの提供にある。福祉市場の出現とともに、ボランティアセクターは、福祉多元主義者が意図しなかった以上に大きな役割を引き受けることを期待され、またその役割を果たしてきた。その組織はまた、彼ら自身と彼らの周りの人々のために責任を負うことを期待される『活動的な市民』とともに、サービスの不足を補い、ボランティアを促進する役割を担ってきたのである (テイラー2005:279)。NHSの機能的チームの活動は、SSDとの協力のみならず、ボランティアセクターが提供する危機ハウスなどの住居やデイセンターなどの相談・訓練サービスなしには成り立たないのが現状である。

(2) 重い精神障害のある人の支援

重い精神障害のある人の支援は、主としてNHSの二次的および三次的ケアが担ってきた。バーミンガム市は、人口は約120万人である。NHS精神保健トラストは、かつては北バーミンガムと南バーミンガムは異なる組織として活動していたが、2003年4月に南と北が統一された。バーミンガムでは、1993年から病院の閉鎖が始まり、1994年から在宅治療の取り組みが始まった。この在宅治療は英国で初めて取り組まれたことで有名である。現在は保健地区を10地区 (locality) に分け、地区ごとに精神保健システムを構築している。すなわち病床を分散開設し、住民にとっては5~6マイル以内に病床があることになり、非常に利用し

やすくなっている。

16歳から65歳未満の一般成年精神科部門において、地域ケアを行っている機能的チームは、①プライマリケア精神保健チーム (Primary Care Mental Health Team : PCT)、②HTT、③AOT、④リハビリテーションとリカバリーチーム (Rehabilitation & Recovery Team : RRT) の4つであり、他に措置入院病棟、デイユニット、またはデイトリートメント・センターの2つがあるが、地区によってはこれらを混合編成している所もある。そして、これらの機能的チームは、二次的ケアを担当しており、統合、調整されて各地区でシステムとして機能している。バーミンガムのシステムが米国のACTと異なる点は、ACTを機能分化させ、急性期に対応するHTTと、急性の状態にはないが服薬管理やリハビリテーションを必要とする人に対応するAOTを置いていることである。

なお、65歳以上は老年精神科部門で、18歳未満の年齢層については後述の早期介入プログラム (Initiative to Reduce the Impact of Schizophrenia : IRIS) で対応している。

バーミンガム市SSDは、英国一の規模である。2002年度の総予算規模は2億4千万ポンドにものぼる。障害や病気を持つ児童や成人、高齢者の支援と家族サービスを行い、利用者の希望とニーズに基づいて可能な限り地域で暮らせるようなサービス、例えばレスパイト、デイセンター、宅配サービス、居宅サービス、あるいは援助付き住居サービスやナーシングホームを提供している。バーミンガム市SSDでは政府がNHSとSSDの職員の統合方針を出す前から「効果的なケアの協働」に向けて、NHSの地域ケア部門のPCT、AOT、RRTに有資格ソーシャルワーカーを出向させ、機能的チームの一員として活動させていた。とりわけ、精神保健法第117条に基づく患者の退院時のアフターケア計画のミーティングの時には、地方自治体公務員という立場から市営住宅や住宅課との連携を図る役割を担っている。政府の方針を受けて2003年10月からはSSDのソーシャルワーカーがNHSに正式に出向し、HTTなどソーシャルワーカーがいなかったチームにも配属されるようにな

った。

ボランティアセクターとしては、MIND、全国統合失調者連盟、精神科リハビリテーション協会などがあり (Win & Morris 1981=1989 : 169-183)、ホステル、リハビリテーション施設、ナーシングホームなどの居住施設、デイセンター、ドロップ・イン・センターなどの職業訓練や活動の場の提供、情報提供、相談活動などを行っている。

(3) 機能的チーム

機能的チームは、学際的チームとも表現され、PCT、RRT、AOT、HTTの4つがある。

PCTは、午前9時から午後5時までの受付窓口の役割をもち、全ての新規利用者のアセスメントを行い、どのチームが責任をもつかを決定する。まず地域で対応することを考え、次に資源を使うことを考えるのが原則である。強迫性障害や重篤な人格障害、摂食障害など心理的な障害をもった重い利用者に関しては、1年間このチームで対応する。PCTの事務所には、機能的チームの職員以外に心理療法を主に行う臨床心理技術者が配置されており、これらの心理的問題をもった人を対象に丁寧な臨床活動を行っている。これは英国の臨床心理技術者は医師の次ぎに高い専門性をもち、アセスメントや診断、心理療法を駆使することができるからである。そこで提供される心理療法は、認知療法、行動療法、怒りのコントロール、アサーション・トレーニング、リラクゼーション、家族療法など多彩である。

HTTの対象は、日本で言えば、保護室や急性期病棟で対応している人であり、急性期の状態にある人で重篤な精神病やうつ状態の人である。原則としては、不安障害、認知症を含む器質性障害、知的障害、人格障害、DV、アルコール依存症などは対象とならない。サービスの目標は、精神科救急の解決、もしくは改善を速やかに促進することと、実証的研究に基づいた入院治療に替わるサービスを提供することである。その目的は、急性期状態の人に継続的なケアと管理を提供し、入院とデイホスピタル、そして在宅治療の境界をなくし、利用者の日々変化するニーズに直接対応することでサービス提供の継ぎ目をなくするように努

めることである。チーム員の大半は、高度な教育を受けたF、G、H級¹⁰⁾のCPNであり、24時間、年中無休でサービスは提供される。チームの利用期限はないが、通常は3～5週間であり、長くとも6か月程度である。時には1日で他のチームへ紹介される利用者もいる。

AOTは、地域の中で柔軟で集中的な治療と生活支援を行う。週7日間、午前9時から午後5時まで対応可能である。対象は、この2年間に精神科病院に2回以上入院したか、もしくはこの2年間に在宅治療サービスを2回受けた者であり、以下のうち3つ以上の項目を満たす者である。すなわち、通常の治療にのらない者、服薬を確実にできない者、暴力歴がある者、持続した自傷行為の危険がある者、治療に好反応を示さない者、薬物乱用と重篤な精神疾患を併せもつ者、以前に措置入院になった者など重い精神障害のある人である。HTTとの違いは、AOTでは、デポー剤の注射などの治療に加え、住宅問題や経済的な問題、生活の質の向上を目指す生活支援を提供することである。また同時にケアラーへの支援も行う。

RRTは、継続ケアチームと呼ばれている保健地区もあるが、リハビリテーションとリカバリを重点的に行うチームである。その対象者はPCTよりも重度の疾患、例えば統合失調症や重症の気分障害をもつ利用者である。住居の改善や生活の質の向上を目指し、レクレーション訓練や活動、就労などの支援を行う。対象者の支援だけでなく、グループホームなどの長期居住施設で働く世話人のコンサルテーションもこのチームの職員が行っている。全体の約30%の人を対象とし、必要に応じてCPAを採用する。月～金までの午前9時～午後5まで稼働し、一人の職員が担当する利用者数は約25人である。RRTは、機能分化を十分していない南バーミンガムには1チームしかない。

(4) 先進保健地区の例

1) スモールヒース地区

北バーミンガムのスモールヒース地区の人口は8万2千人であるが、他の地区に住みながらスモールヒース地区のGPに登録している人びとを含めるとその対象は約11万8千人である。人口構成

を人種別にみると、白人45%、アジア系41%、黒人12%であり、異文化理解とそれぞれの文化や慣習に応じた援助が必要な地区である。また、貧困度も高く、家族が抱え込んで医療に繋がりにくい背景があったことが地域ケアを発展させることになった。現在では、統合されたサービスは、重度の精神障害をもった人を対象とし、危機状況に対して24時間365日途切れることなく対応され、サポートネットワークからこぼれ落ちることがないような確に提供されている。機能的チームとしては、PCT、AOT、HTT、RRTの4つの機能が異なるチームが配置されている。この地区における精神保健活動は、地域ケアのモデルとして政府が推奨し、1999年にBeacon賞を受賞した。Beacon賞とは、230以上のNHSトラストとGP実践の中から選ばれたモデル的な実践を行ったものに与えられる賞である。筆者らが初めて訪れた2001年には、同保健地区は英国全土のみならず世界にその実践を普及させるという使命をもっており、見学者や研究者を積極的に受け入れる体制をとっていた。

2) スパークブロック・スパークヒル地区

南バーミンガムは、高齢者の精神保健システムが充実していることで知られているが、成人精神科部門は、北バーミンガムほど充実しておらず、現在整備中の段階である。1995年に大きな3つの病院を閉鎖し、建設されたクイーン・エリザベス病院が三次的ケアを担当しているが、2005年には病院を縮小し、利用しやすい病棟を各保健地区に整備することが計画されている。南バーミンガムのスパークブロック地区とスパークヒル地区は、人口7万～7万5千人で、バーミンガムでも最も貧しい地域である。ベンガル語、ヒンディー語など様々な言語が使われており、南アジア系移民が多く住む地域である。地域チームに勤務する職員も、市民に対応するためチーム員間での会話は英語であるが、さまざまな言語を話し、さまざまな国籍をもつ。スパークブロック地区とスパークヒル地区には地域精神保健チーム¹¹⁾(Community Mental Health Team: CMHT)が1つずつある。さらにこの2つの地区をまとめて担当するAOT、HTTの機能的チームが1つずつ配置されて

いる。このCMHTは、前述したスモールヒース地区のPCTとRRTの機能を合わせもっており、外来部門とデイケアを併設している。南バーミンガムの各保健地区は、北バーミンガムほど機能分化されておらず、この保健地区が南バーミンガムの中では最も進んだシステムをもっている。AOTが中心になって積極的に継続的な地域支援を進めており、AOTの職員の志気は非常に高い。伝統的な治療だけでなく、経済、教育、住宅、家族サポート、訓練を提供し、触法問題で裁判中の人、薬物の問題など複雑で困難な生活問題を抱えている人をも含めて支援している。

(5) NHSのその他のサービスと専門チーム

その他のサービスには、①急性期措置入院ユニット・精神科病棟、②デイユニット、③危機ハウス、④家族スポンサーホーム（里親）、⑤ケアラーへの支援、⑥利用者自身による代弁活動（Patients Advice & Liaison Service：PALS）などがある。また、前述の機能的チーム以外に①早期介入チーム（IRIS）、②認知症チーム、移民チーム、ホームレスチームなども配置されている。

ここではIRISに関して少し述べてみる。IRISは主には18歳までに初発した患者を対象とするチームである。統合失調症の発病のごく初期は、従来ならば様子を見ていたが、近年この1年なり2年の初期が、実は予後を左右する大切な時期であり、薬物療法の治療の開始を遅らせた場合、投薬を遅らせた分だけ後の回復に2倍、3倍の期間を要してしまうという調査から、今日では、まだ病気かどうか診断がつかない時期に念のために服薬を始めるようになってきている。早期介入で不可欠なのは、利用者自身の最大の関わりと利用者の周囲の人々の関りを最大限にすることが重要になってくる。早期介入の原則は、以下の5点である¹²⁾。①利用者中心である。②外来に来なかったからといって、それで終結にはならない。従来では外来中断となってしまうがちだった利用者にも、今日では積極的訪問活動により治療の継続を図るチームでの取り組みを行っている。③社会的な役割を持つことを大切にする。④拘束や烙印を最小限に止め、選択肢の保障と低いレベルの服薬を心がけ

る。⑤診断を早期に決めつけることは避け、ゆるやかな診断に留意する。社会的な役割をもっているかどうか自覚防止と関係する（Rook & Birchwood, 1998）との認識のもとに、デイケアプログラムも思春期の年齢層に応じた魅力と関心を引き出すようなプログラムになるように留意されており、利用者の社会的な役割を見出す関わりを行い、就職や進学に向けて年齢に合った活動になるよう配慮されている。また、幻聴や妄想は認知療法を早期に的確に施行することで消失することが明らかになっており、臨床心理技術者がその任に当たっている（French & Morrison 2004）。さらに家族に対して早期の病気への対応についての理解を深める活動や家族の治療パートナーとしての参加を促す活動も重視している。

IV 英国と日本の比較

(1) 英国と日本の特性

前節までに英国の精神保健の歴史を辿り、政府が推奨する地域の1つであるバーミンガムの精神保健システムを概観したことを基に、本節では、特に重い精神障害のある人の地域生活支援の方法であるACTを実践していくときに重要となる視点から日英の差異の確認を行う。表1は英国と日本の特性をまとめたものである。

1) 精神保健思想

精神保健思想は、援助者の理念に強く影響を与えるものであり、英国では道徳療法や人道主義を基礎に治療共同体、施設神経症、反精神医学などの思想が存在している。地域精神保健チームで働く援助者は、「重い精神障害があろうとも私たちと同じ地域で暮らすべき人である」とこれらの思想を明確に言語化する者もいたが、言語化しない援助者も思想から影響を受けている¹³⁾。また、ノーマライゼーションの思想は、英国の隣人を大切にす文化の中で生まれ、これらの思想が地域ケアを促進している。

一方、日本においては、戦前の社会防衛的な法制度の下、精神障害のある人は隔離収容され、1950年代後半から1970年代半ばの民間精神病院の大増設時代に現れているように権利侵害の歴史で

表1 英国と日本の特性

	英 国	日 本
精神保健思想	道徳療法や人道主義を基礎に治療共同体、施設神経症、反精神医学などの思想が存在。重い精神障害のある人をふつうの人として捉える人間観。	反精神医学の思想は入ってきたが、建設的な実践には至らず、ノーマライゼーション思想も国民的な思想としては定着せず。
精神保健に関する法律	1959年の精神衛生法で任意入院中心、地域医療重視の方向を打ち出し、1983年改正でさらにその方向を強化。2004年精神保健改正草案が出され、重度精神疾患による犯罪者の治療命令として病院などの治療環境を使用することが提案される。	1950年の精神衛生法は社会防衛的な思想中心、その後1987年に精神保健法、1995年に精神保健福祉法と名称も改正され、福祉的内容が追加されているものの医療重視。2004年には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が制定される。
精神医療システム	1946年の国民保健サービス法によって、医療は全て国営となり、国民は薬代の一部のみ支払えばよい。1954年から病床削減がゆっくり進行。1990年代より地域治療が優先され、地域精神保健チームが創設される。 1997年NHSは精神保健NFSを出し、改革の最優先課題として精神保健を取り上げる。	1938年に旧国民健康保険法が制定され、1958年に国民健康保険法となり、住民は全て保険に加入することとなる。 精神医療は英国と異なり、民間に依存しており、病床の約90%は民間病院が占める。医療費は1950年の精神衛生法で公費負担制度が導入されたが、2005年4月の障害者自立支援法の施行により、定額負担制度が導入された。
精神保健福祉システム	1954年と1957年の「王立委員会報告」により、精神障害のある人びとのソーシャルワークは、地方自治体の責任とする。1970年の地方自治体社会サービス法により、1972年に創設された地方自治体のSSDで福祉サービスは提供されることになる。 1990年の国民保健サービス及びコミュニティケア法でコミュニティケア計画の策定が義務づけられ、1993年から市のSSDで実施される。 2004年精神保健法改正草案で地方公務員の福祉職がNHSに出向し、地域精神保健チームなどでサービス提供を行うことが提案される。	地域における社会復帰活動は、1970年代の保健所のグループワークから始まる。 法体系上で社会復帰施設が明確にされたのは1987年の精神保健福祉法であるが、精神障害のある人びとも障害者として明確に法律上位置付けられたのは、1993年の障害者基本法においてである。そして、1995年の精神保健福祉法により、福祉施策が法体系上に位置づけられ、市町村の福祉的役割が明記される。 2005年4月の障害者自立支援法の施行により実質的に福祉サービスの責任が市町村となる。
ボランティアセクター	1970年に設立されたMINDを筆頭に、全国統合失調者連盟、精神科リハビリテーション協会などがあり、ホステル、リハビリテーション施設、ナーシングホームなどの居住施設、デイセンター、ドロップ・イン・センターなどの職業訓練や活動の場の提供、情報提供、権利擁護活動、相談活動などを行っている。 重い精神障害のある人びとに対する危機ハウスの運営もしている。	1965年に全国精神障害者家族会連合会が設立され、唯一の社会復帰促進センターとして施策提案も行ってきたが不祥事のため2007年解散した。地域家族会は1980年代から多くの小規模作業所を生み出してきたが、近年活動主体が高齢化している。 1998年の特定非営利活動促進法の制定により、社会復帰施設を運営する機関が増えているが、数も少なく、ほとんどが軽度もしくは中等度の疾患や障害のある人びとを対象としており、重い疾患や障害のある人びとを対象にしたものはない。
専門職の資格	看護の資格は8階級に分かれており、地域で働く援助者の中には修士の資格をもつ者もいる。 ソーシャルワーカーは、精神保健福祉領域では3階級に分かれており、地域で働く者の中には修士の資格をもつ者もいる。	看護の資格は、准看護師と正看護師であるが、看護の質の向上を目指す方針の下、看護大学、看護大学院の設置が近年目覚ましい。 精神医学ソーシャルワーカーの国家資格として、1997年に精神保健福祉士資格が創設されたが、英国のようにそれ以上の資格もなく、研修も義務付けられていない。
ソーシャルワーカーの教育体制	ソーシャルワーカーの実習期間は、カリキュラムの半分以上を占めていなければならない。 資格取得後3年ごとの更新と研修。	精神保健福祉士実習は年間180時間で足りる。 現任研修の位置づけ無し。
援助者の資質	専門職としての知識・技術のほかにも他職種の用いる技術を習得。	特に精神保健福祉士は養成過程での実習時間が少ないことから、実践力に欠ける。

あり、呉秀三やわずかな専門職や民間人によって良質の医療の充実や地域ケアが訴えられたに過ぎない。反精神医学の思想も入ってきたものの、それは学会闘争の議論の材料にされただけで実践の中で定着するには至らなかった。1997年に登場した精神保健福祉士も、倫理綱領があるものの社会福祉の思想を基盤に置いて日々の業務を遂行していると必ずしも言い切れない実態がある。

2) 法律とシステム

医療に関しては、英国は国営であり患者負担はほとんどなく、システムも国が主導で改善していくことが可能である。一方、日本は保険制度であり、2006年度からは定額負担が導入される。また、供給主体が民間中心であるためシステムの改善には団体の利害が関係し、国が主導で改善しにくい。

福祉サービスに関しては、英国は1972年に創設された地方自治体のSSDが担い、1990年の国民サービス及びコミュニティケア法により、要援護者に対してはケアマネジメントが1993年から実施されてきた。しかし、地方自治体は児童、高齢者福祉の需要の増大に伴い、精神障害のある人への退院計画が著しく遅延し、NHSトラストによっては、ソーシャルワーカーの雇用をし、独自の住居施設の設置に踏み切るようになり、2004年の精神保健福祉法改革草案では、地方自治体のSSDで働くソーシャルワーカーがNHSに出向する提案がなされ、地方自治体のSSDが精神障害のある人のケアから撤退する方向にある。また、ソーシャルワーカーのNHSへの出向は、ソーシャルワーカーがNHSに所属することで、権利擁護の機能を果たしにくくなるという問題が指摘されている。

一方、日本の福祉サービスは、精神障害のある人に対して法体系上に明文化されたのは、1995年の精神保健福祉法においてであり、市町村の取り組みも2006年4月より、ようやく本格的に開始された。しかし、市町村には英国のようにソーシャルワーカーが必置されているわけではなく、業務自体も法人に委託することも可能であり、サービスの質の担保に課題がある。

また、ボランティアセクターは、英国では歴史

が長く、多様なサービスを提供し、NHSやSSDのサービスを補完している。一方、日本では特定非営利活動促進法によって、ボランティアセクターが活動しやすくなったもののサービスの範囲が限られており、特に重い精神障害のある人の地域生活支援の一翼を担えるまでには至っていない。

3) 専門職制度

英国は階級社会であり、専門職も職種に応じて階級がつくられている。特に看護は8階級あり、教育や研修の受講歴、経験などを加味して階級が決められ、給与も異なる。地域精神保健チームで働くCPNは、GH級のものが多い。ソーシャルワーカーは、アシスタントソーシャルワーカー、ソーシャルワーカー、認定ソーシャルワーカーの3段階がある。認定ソーシャルワーカーは、措置入院の際に家族に代わって措置入院の申請書を書く権限を有する。ソーシャルワーカー国家資格は、2005年3月までは、4種類の認定方法があったが、同年4月より名称独占資格としてジェネラル・ソーシャル・ケア協会認定資格に統一され、3年ごとの更新と、その間の90時間、または15日間以上の資質向上研修が位置づけられた（藤原2005:37）。

一方、日本の看護職は、準看護師と正看護師からなるが近年、大学、大学院の設立が増え、専門領域別の認定制度も確立している。ソーシャルワーカーは、1997年に精神保健福祉士資格が国家資格として創設されたが、継続研修や認定資格制度はない。

ソーシャルワーカーの養成教育としては、英国はカリキュラムの半分以上が実習に当てられることを要求しているが、日本では180時間と少なく、そのために社会に出ても実践力が乏しく、ACTのような重い精神障害のある人を対象とする現場では、現教育制度の下では看護師が中心になる可能性が高い。

4) 援助者の資質と裁量権

英国の地域精神保健チームで働く援助者は、NHSからの研修が保障されていることと、階級によって給与が異なること、多様な利用者を援助しなければならないことなどから、研鑽に対する意

欲が高く、専門職としての知識と技術のほかに、他職種が行う業務の知識や技術の習得への関心は強い。特にACTは、超職種チームであるので、法律で業務独占とされている以外の業務は、どの職種でも担当するような力を備えている。そして、ACTに従事する援助者は、修士課程レベルが望ましいとされていることから、修士課程レベルに近づくよう努力している。また、地域精神保健チームで働くことによって知識と技術を高めたCPNは、医師が独占していた業務を少しずつCPNが行えるように裁量権を拡大している。

日本においては、看護師は、訪問看護ステーションでソーシャルワークの知識や技術を獲得することでACTを担うための最低レベルの知識や技術を習得することは可能である。しかし、ソーシャルワーカーは、教育内容が実践的でないために、修士課程を修了したとしてもACTの実践力はない。看護師やソーシャルワーカーが、英国並みに高度な専門性をいかにして身に付けるかが日本の課題である。

おわりに

以上のような英国との差異を踏まえた上で、日本においてACTを導入するにはいくつかの課題を見極めておく必要がある。

第1には、援助者の理念、もしくは思想である。日本には英国のような地域ケアに通じる伝統的な思想はなく、むしろ社会防衛的な思想に援助者自身も染められてきた。援助者自身が、英国の援助者のもつような理念をもって、ACTで働くことが必要である。

第2には、現行制度の中での運営である。英国では、脱施設化は国の施策として進めており、不十分ながらも地域ケアを誘導する予算措置や人材育成がなされているが、日本では地域ケアに対する予算は、十分に保障されていない。特に重い精神障害のある人への生活支援サービスの予算は皆無であり、何らかの方法で予算をつくり出すことが課題となる。また、日本精神病院協会などの団体からのACTに関する警戒と批判も強く、精神病院協会や一般の精神科診療所との協力・連携体制

をつくり出すことが欠かせない。

第3には、援助者の使命感である。NHSの方針としてACTを運営する英国の地域精神保健チームと異なり、日本のACTの取り組みは、ACTの有効性を立証し、全国に広め、国に法制度として導入することを認めさせていくという使命が課せられている。これは、ある意味では、バーミンガムが英国の地域精神保健施策を牽引しているのと共通するが、バーミンガム以上に困難を伴うことが予想され、使命感をもって取り組まねば、外圧に実践をつぶされる可能性がある。

第4には援助者の技能（skills）の向上である。精神保健福祉士は、英国のような実践的な教育を受けてきておらず、理論に基づき科学的で専門的な実践力を身に付けるための研修教育が必要である。看護師は、病院中心の看護モデルからの脱却という問題がある。また、超職種チームという性格上、他職種、特に精神科医、臨床心理技術者、作業療法士が病院の中で担っていた業務を精神保健福祉ケア看護師長が習得し、地域の中でいかに活用するかという課題がある。さらに実践を高めるなかで英国のように医師以外の専門職の裁量権を拡大していく必要がある。

第5に援助者の待遇改善である。NHSは公的機関であり、給与、休暇、研修体制なども充実している。給与保障がなければ優秀な人材は得られないし、休暇を保障しなければACTのような激務に従事する職員は燃え尽きる。そして研修体制を確立しなければ、良質な援助は提供できない。

以上のように英国精神保健の歴史を辿り、バーミンガムで行われている重い精神障害のある人の地域生活支援を基礎にして日英の比較をすると、日本にACTを導入するためにはさまざまな課題があることが分かる。しかしながら日本の脱施設化を促進し、精神障害のある人の社会的復権を図るためには、ACTを導入することは不可欠であり、日英の差異を認識しながらACTの全国普及を進めることが急務である。今後は、ACTが普及する過程で不可欠である援助者に求められる技能に関する研究を進めていきたい。

注

- 1) 日本では、「精神障害者」という名称が一般的であるが、支援対象は「精神障害者」(mentally disabled person)でなく、個別性をもつふつうの市民あるとして「精神障害のある(をもつ)人」(person with mental disability)と表現されつつある。本研究では、法律や研究論文で固有名詞に用いられている以外は、「精神障害のある人」とした。
- 2) マインドとは、1946年に設立されたイングランド・ウェールズの精神保健組織で、そのアドボカシーと人権への取り組みは世界的にも評価され、影響力を持っている。チャリティ団体として登録されており、公立でも私立でもないボランティア団体で、日本でいう福祉財団に似た団体である。ロンドンのハレー通りに本部があり、7つの地域マインドから構成され、全国で200以上の加盟地区グループを持っている。マインドの重要目標は次のようなものである。
 - ①権利の明記や地域内治療命令に関連する薬の処方や予防治療を組み込んだよりよい提案の法的位置付け。
 - ② 現在存在している保安特別病院の閉鎖または機能停止を含む確実な将来への構想に対する改革とよりよいアプローチ。
 - ③価値ある生活のための収入と社会的サポート。
 - ④ケア、サポート、治療が一体となった、高い質をもった包括的な地域精神保健サービス。
 - ⑤精神保健ケアは、完全な機会平等政策を基礎にして、非性差別主義を履行し、すべての人々に平等に適用されること。これはまた、計画、ケアの改良や評価の段階においてユーザーを巻き込むことを意味する。
 - ⑥マインドや精神保健サービスのすべての部分においてユーザーを巻き込むこと。
 - ⑦精神保健ケア、政策、資金、研究などにおける、精神的、情緒的苦痛を持った人びとに対する排除、これは同時に、生活の他のすべての面における差別をも排除することを意味する。
 - ⑧精神的苦痛をもった人びとに対する医療・福祉分野の従事者や一般の人々の対応を変えていく(小林信子1989:58-65)。
- 3) トラスト(trust)とは、信託会社と訳すことが一般的であろうが、むしろわが国の独立行政法人に近いものであり、適切な訳が思い当たらなかったため、本論ではカタカナを使用し「トラスト」と表現した。
- 4) Mueserらによると、ケアマネジメントは仲介型、臨床型、ストレングス、リハビリテーション型、ACT、ICMの6つの形態に分けられるが(Mueser, Bond, Drake, et al.1998:37-40.)、この分類に従えば、NHSによる1991年当初のCPAは臨床型、SSDによる1993年当初のケアマネジメントは拡張仲介型と考えられる。
- 5) ケアラー(carer)とは、要援護状態にある人びとを無

- 報酬で介護・援助する人のことであり、家族だけでなく無報酬でグループホームの世話人をしている人も入るが、適切な訳が思い当たらなかったため、「ケアラー」とカタカナ表記を用いた。
- 6) 財団病院/トラストとは、従来与えられていなかった用地処分・買収や民間金融機関からの借入れを病院/トラストのみの判断で行えるようにするとともに、上級官庁である地域医療当局からの関与を大幅に減らして自由度を拡大するというものである(小堀2005:168)。自由の具体的内容は、財政的自由とスタッフの労働条件決定の自由の2つである(渡辺2005:183)。
- 7) 2002年8月訪英時に聴取。
- 8) バーミンガムの地域精神保健システムに関しては別稿(三品桂子・藤原正子2003:396-405)を参照されたい。
- 9) バーミンガムの機能的チームには、PCT、HTT、AOT、RRTの4つが整備されている。他のNHSでは、この機能的チームを「地域精神保健チーム」「地域ケアチーム」の呼称で読んでいる保健地区もある。
- 10) 英国の看護師の資格は、A~H級までの8階級がある。
- 11) 「地域精神保健チーム(Community Mental Health Team)」は、地域ケアチームの総称である場合と、十分に機能分化していない地域の地域精神保健チームの1つの機能を備えたチームの名称である場合がある。前者の地域精神保健チームは、バーミンガムでは機能的チームと呼ばれている。本論では、英国全体の地域ケアチームの総称で使用する場合は、「地域精神保健チーム」と記し、後者の機能分化が十分していない地域の1つの地域ケアチームである場合を「CMHT」と記す。スパークブロッック保健地区とスパークヒル保健地区のCMHTは、機能分化している北バーミンガムのPCTとRRTの機能を併せもっていた。
- 12) 2002年8月訪英時バーミンガム大学教授Birchwood M.教授(臨床心理学)より聴取。
- 13) バーミンガムの援助者の理念に関しては別稿(三品2006)を参照されたい。

文献

- Baggot R. (1998) *Health and Health Care in Britain, 2nd ed.* Macmillan Press.
- Barton R. (1959). *Institutional Neurosis*. Wright J. (= 1985 正田亘監訳『施設神経症—病院が精神病をつくる』晃洋書房。)
- Bulmer M. (1987) *The Social Basis of Community Care*, Allyn & Unwin.
- Burns T. (1997) Case management care management and care programming, *British Journal of Psychiatry*, 170, 393-395.

- Challis D. (2002) Achievements and Challenges of CM in the UK. (大阪市立大学主催講演会資料。)
- Darton K. (1999) Notes on the history of mental health care, *Mind Information Unit*, www.mind.org.uk.
- Department of Health (2000) *The NHS National Plan: a plan for reform*.
- 藤原正子 (1990) 「英国ソーシャル・ワーカー資格取得過程—そのジェネリックな教育訓練と専門分化した研修の継続」『ソーシャルワーク研究』16 (2)、46-50。
- 藤原正子 (2004) 「英国精神保健福祉の地域ケア」『福島学院大学研究紀要』36、29-37。
- 藤原正子 (2005) 「英国ソーシャル・ケア・ワーカー実務規約 (GSCC) に至る社会福祉専門職のあり方に関する一考察」『福島学院大学研究紀要』37、37-46。
- French P. & Morrison A.P. (2004) *Early Detection and Cognitive Therapy for People at High Risk of Developing Psychosis*, John Wiley & Sons Ltd. (=2006 松本和紀・宮腰哲生訳『統合失調症の早期発見と認知療法—発症リスクの高い状態への治療的アプローチ—』星和書店。)
- 源田圭子 (2002) 「ロンドンの地域精神医療を見て」『心と社会』33 (4)、106-110。
- Goffman E. (1961) *Asylums*, Pelican.
- 星野信也 (1988) 「イギリスの障害者福祉：コミュニティ・ケアの限界」社会保障研究所編『海外社会保障情報』84、1-14。
- 市瀬幸平 (1973) 『イギリスの社会福祉—体系と機能—』たいまつ社、1973年。
- Kenny D.A. Calsyn R.J. Morse G.A. et al (2004) Evaluation of Treatment Programs for Persons with Severe Mental Illness ; Moderator and Mediator Effects, *Evaluating Review*, 28 (4), 294-324.
- 小林信子 (1989) 「マインドについて」『精神医療』18 (2)、58-65。
- 小堀真裕 (2005) 『サッチャリズムとブレア政治』晃洋書房。
- 近藤克則 (2004) 『医療費抑制の時代を超えて—イギリス医療・福祉改革』医学書院。
- 黒田研二 (1998) 「地域精神保健福祉の展開とケアマネジメント」公衆衛生研究会『ケアマネジメントと地域生活支援—精神保健福祉の新たな展開』中央法規、1-16。
- Leff J. (1997) The Outcome for Long-Stay Non-Demented Patients, Leff J.ed. *Care in the Community : Illusion or Reality?*, Wiley, 69-91.
- Lewis J. Bernstock P. Bovell V. et al. (1997) Implementing care management : Issues in relation to the new community care, *British Journal of Social Work*. 27 (1) 5-24.
- 三品桂子 (2006) 「英国バーミンガムにおける精神障害者の生活支援—地域精神保健チームの職員からの聞き取り調査にみる援助者の理念—」『精神障害とリハビリテーション』10 (1)、67-73。
- 三品桂子・藤原正子 (2003) 「英国における脱施設化とケースマネジメント—北バーミンガムを中心に」『病院地域精神医学』43 (4)、396-405。
- Mueser K.T. Bond G.R. Drake R.E. et al. (1998) Model of community care for severe mental illness : A review of research on case management, *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1), 37-74.
- 中谷陽二 (1996) 「コミュニティ精神医療と触法精神障害者」『精神科治療学』11 (12)、1101-1107。
- 日本精神障害者リハビリテーション学会監修 (2005) 『英国保健省 精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク—5年の経過』日本精神障害者リハビリテーション学会。
- 岡本民夫 (1966) 「サイキヤトリック・ソーシャルワークの発達」『熊本短大論集』第33号、1-28。
- Ramon S. with Giannichedda M.G. (1988) *Psychiatry in Transition ; The British and Italian Experiences, 2nd ed.*, Pluto Press.
- Rogers A. Pilgrim D. (2001) *Mental Health Policy in Britain, 2nd ed.* Palgrave.
- Rooke O. Birchwood M. (1999) Loss, humiliation and entrapment as appraisals of schizophrenic illness: a prospective study of depressed and non-depressed patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 259-268.
- 齊藤正彦 (1988) 「Mental Health Act 1983 (England and Wales) の成立過程」『臨床精神医学』17 (10)、1525-1534。
- Seebomh Committee (1986) Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services, HMSO. (=1989 小田兼三訳『地方自治体と対人福祉サービス —英国シーボム委員会報告—』相川書房。)
- シェパード G. (2000) 長谷川憲一、小川一夫、伊勢田堯訳「英国における心理社会的リハビリテーション：科学的根拠に基づいたアプローチ」『精神障害とリハビリテーション』4 (1)、63-58。
- Stewart G. (2003) Key dates in the history of mental health and community care, *Mind Information Unit*, www.mind.org.uk.
- 杉野昭博 (1999) 「対人社会サービス (3) —障害者」武田正吾・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障① イギリス』東京大学出版、299-314。
- テイラー M. (2005) 「イギリス社会民主主義と第三セクタ

——第三の道か？」山口二郎・宮本太郎・坪郷實編著
『ポスト福祉国家とソーシャルガバナンス』ミネルヴァ書
房、273-302。

渡辺 満 (2005) 『イギリス医療と社会サービス制度の研究』
溪水社。

Wing J.K. & Brown G.W. eds. (1970) *Institutionalism and
schizophrenia*, Cambridge University Press.

Wing J.K. & Morris B. eds. (1981) *Handbook of
Psychiatric Rehabilitation Practice*, Oxford University
Press. (=1989 高木隆郎監訳『精神科リハビリテーショ
ン—イギリスの経験』岩崎学術出版。)

資料1 英国精神保健の歴史

年	法律名等	内容・出来事等
1601	救貧法	教区内定住者互助責任、精神障害者は除外
1713	浮浪者法	浮浪者の施設への強制収容
1774	精神病施設法	私立収容施設の最低基準
1796	ヨーク診療所の開設	道徳療法の基盤の形成
1808	州収容施設に関する規定	州立収容所の建設
1828	精神病施設法改正	基準を整備する
1834	改正救貧法	院内救済に限る、ワークハウスの建設
1839	手錠、足枷、拘束衣の廃止	コノリーによるAsylumでの人道主義的処遇
1845	精神科病院法（ルナティック法）	巨大精神科病院の基盤 この後四半世紀に建設
1854	精神科看護者の体系的養成訓練開始	ブラウンによって開始される
1863	精神アフターケア協会設立	ロンドンに退院後居住ホーム、家族調整
1875	国庫補助金	州立収容所の精神科患者経費4分の1
1880	『精神科看護者のためのハンドブック』	クラークによる、看護学を精神科臨床に応用した精神科看護の教科書
1890年代	第二次収容所建設ブーム	
1890	改正精神科病院法（ルナシー法）	収容所と措置ケアの法定化
1891	精神科病院法施行	厳格な措置入院基準、最重度精神疾患患者
1909	救貧法委員会報告	原則①保健ケアの方が治療よりも安価で効率的 ②公的サービス+慈善活動による社会的ケアを奨励
1911	国民保険法	医療施設の整備の促進
1913	精神欠陥者法	知的障害者と精神病患者を別の施設へ収容
1914	精神欠陥者ケアラー全国連合会結成	各地にあったケアラー団体が全国規模で統一される
1923	ロンドン自治体立モズレー病院	ルナシー法の規定外で設置 初の任意入院
1923	ダヴィストック・クリニック	心理療法研修と治療
1924	ルナシー法と精神障害に関するマクミラン委員会報告	①精神科治療を人権上他科に近づける ②外来、総合病院精神科病床 ③民間の退院後ケア資源の維持と財源 ④巨大病棟から小規模村システムへ ⑤社会的リハビリテーション 娯楽と雇用 ⑥患者訪問ボランティア ⑦精神科病院とGPの連携
1926	王立委員会報告	精神病に関する処遇は予防と治療に置くべきと報告
1929	ロンドン大学にPSWコース設置	
1930	救貧法改正 精神科治療法	公立精神科病院の医療職が地域ケア外来業務
1930	精神医学ソーシャルワーカー協会設立	
1930年代		電気ショック療法、ロボットミー手術、インシュリン昏睡療法などの導入による退院の早期化 ソーシャル・ワーカー職の配置
1939	民間精神保健協会に関するフィーヴァーシャム委員会報告	①精神保健団体の統合化 ②帰還兵精神科患者の退院後ケアの提供
1942	ベヴァリッジ報告	①社会保障三つの前提の一つとしての社会保険庁とは別に「全ての国民に包括的な保健医療サービス提供する」部局 ②拠出条件なし
1940年代	治療共同体	
1944	身体障害者雇用法	精神疾患のある者は除外
1946	国民保健サービス（National Health Service）法制定	一般総合医（General Practitioner）の紹介で専門医に受診。精神科病院もNHSの所管。患者負担なし。
1946	全国精神保健協会設立	①デイ・センターや共同住居の提供 ②ソーシャル・ワーカーやレジデンシャル・ワーカー研修
1947	英国精神医学ソーシャルワーク誌創刊	
1948	国民扶助法	①地方自治体の住宅提供を義務付け ②地域ケアに伴う福祉給付金の導入
1950年代	精神疾患の治療可能性	抗精神病薬、電気ショック療法、精神分析などの治療の導入と治療の可能性
1954	精神疾患および精神障害に関する王立委員会報告書	精神科病床数ピーク時152,000床。千床規模病院。 ①「地域ケア」という用語が初めて登場 ②退院患者のためのデイ・ホスピタル、共同住居、治療的ソーシャル・クラブなどの提供 ③訪問看護サービス
1957	精神疾患および精神欠陥に関する王立委員会パーシー報告（CMnd.169）	勧告「施設ケアから地域ケアへの転換」 ①地域ケアの方が適切な場合には入院させてはならない ②医学的に措置入院が必要な場合でも可能な限り他の方法を考慮すべき

年	法律名等	内容・出来事等
1959	精神保健法	現代的精神保健法の幕開け：任意入院を優先させつつ、措置入院手続きを人権に配慮して法的に位置付けた
	・バートン『施設神経症』	
1960年代	反精神医学の台頭	
1961	保健大臣E. Powell全国精神保健協会年次大会記念講演	1975年までに精神科病床を半減し、地域医療施設へ転換することを宣言
1961	ゴフマン E.『トータル・インスティテューション』	
1962	イングランド&ウェールズにおける病院計画	①必要最小限を超える精神病院の閉鎖 ②地方自治体の10年間の数値目標－精神障害者の訓練センター、グループホーム、共同住居の設置1000か所 ③人件費45%
1963	地域保健と福祉10か年計画	英国における初めてのコミュニティ計画 ①10年間で人口万対病床数を33床から18床へ減少 ②巨大精神科病院の分割・縮小閉鎖 ③総合病院における精神科の設置・促進 ④居住福祉施設の開発 ⑤地方自治体に勤務するPSWを2000人に増加
1968	シーボーム報告	地方自治体と対人福祉サービス－家族サービス 全ての対人福祉サービスを単一の部局が提供
	保健サービスおよび公衆衛生法	地方自治体の保健サービスに関する役割と権限の拡大 民間非営利部門の活用
1970	英国ソーシャルワーカー協会設立	8つの専門職団体を統合し、1つの専門職団体に組織化
	地方自治体ソーシャル・サービス法	①市町村レベルに社会福祉局（Social Service Department：SSD）を新設 ②有資格ソーシャルワーカーの地方公務員を配置
	慢性疾患および障害者法	地方自治体業務①一定のサービス提供 ②地域社会資源情報の刊行物発行
	マインド設立	全国精神保健協会が名称変更、積極的な活動展開
1972	地方自治体に社会福祉局設置	
1973	ペイン報告	巨大精神科病院の弊害
1974	国民保健サービス組織の再編	国立病院に所属する専門職のソーシャルワーカーが地方自治体の社会福祉局に吸収配置され、社会福祉局から病院に出向
1975	厚生白書『精神疾患患者者のためのより良いサービス』	①ケアの必要性という理由よりは、社会的理由による施設入所 ②施設職員の圧倒的不足 ③急性期の通院施設の必要性 ④身近な家族や介護者を含めた「24時間体制の地域ケアの必要性」 ⑤医療と福祉の合同出資によるケアチーム
1976	ジョイント・ファイナンス制度	NHSと地方自治体の提供するサービスの連携を促進しようとしたが進まず
1977	国民サービス法第28条a項	国からの保健財源を地方自治体の福祉サービスに使うことが可能
1981	厚生省『コミュニティによるケア』	
1982	パークレイ報告『ソーシャル・ワーカー＝その役割と任務』	ニードに則した地域ネットワークの活用を図るパッチ（肘当て）を中学校単位に配置
1983	精神保健法	改正点①第117条に退院後ケア計画が地方自治体社会福祉局に義務付けられた。 ②措置入院申請書をマジストレーツ裁判所に提出することができる指定ソーシャルワーカー（第13条）を一定必要数配置することが地方自治体社会福祉局に義務づけられた。 ③患者の不服申し立て法廷（Tribunal）を司法的に義務付け、指定ソーシャル・ワーカーも聴き取りに派遣されるようになった（規則6附則1）。
1984	登録ホーム法	政府出資のハウジング・コーポレーション。グループホームに補助金。
	情報保護法	相談記録も保護対象となる
1985	住宅法	ホームレスおよびその可能性のある精神障害のある人びとに対する支援施策も加えられる
1985	コミュニティケアに関する下院社会サービス委員会報告	利用者視点。入居補助「在宅ケア手当」の新設 ケアマネジメントの必要性
1986	障害者法	利用者とケアラーの参加。国会に対してモニタリングに関する国の報告義務
	監査委員会報告	ケアマネジメントシステムの必要性
	発言する生還者の会誕生	精神医療ユーザーの全国組織
1988	グリフィス報告『コミュニティケア：行動のための指針』	①地域ケア大臣の指名 ②地域ケア国庫補助金 ③公的ケアマネジメントによるサービス調整機能 ④民間・私的サービス提供者との協働

ACTを日本に導入するための課題

年	法律名等	内容・出来事等
1989	コミュニティケア白書『人びとのためのケア』	①精神障害者の地域ケア特別補助金 ②居宅サービス、デイ・ケア、レスパイト・サービス、家族・友人・近隣からのケア
1990	国民保健およびコミュニティケア法 第46条 第47条 第47条3項b	①地方自治体の地域ケア計画策定義務 ケアマネジメントがシステムとして導入される ②地域ケアサービスのニーズ・アセスメントを地方自治体が行ってサービスを調整 ③必要に応じて地方自治体が住宅局をアセスメントに呼ぶことができる
1991	ケア・プログラム・アプローチ (CPA) 導入	地域ケアサービス提供の改善と標準化 精神保健上の問題を抱えた人の支援 CPAは国民保健サービスと地方自治体社会福祉局との両者の連携により進める
1992	モーズレー病院	日常生活プログラムの実施。平均在院日数6日
1993	国民保健およびコミュニティケア法	①精神科病院閉鎖計画の実行 地方自治体社会福祉局によるケアマネジメント開始
	CPA登録制度	自傷他害の虞れのある人が精神保健サービスとの関係が中断しないように監督する登録制度
1994	英国コミュニティケア憲章 (保健省)	よりよいサービス受給のための地方自治体責任
	英国初の在宅医療チーム	北パーミンガム精神保健NHSトラスト
1995	障害者差別禁止法	全国障害者議会の構成、雇用、教育、交通機関などさまざまな分野での差別を禁止
	精神保健法案	利用者本人の意思に基づいた退院後ケア。受給状況のスーパービジョン
1996	ケアラー法	レスパイト・ケアなどケアラー (家族・介護者) のニーズ・アセスメントの実行を地方自治体に義務付けた
	支援費に関するコミュニティケア法	地方自治体社会福祉局の直接現金払い権限
1997	利用者焦点化モニタリング (UFM) (ロンドンのセインズベリー精神保健センター) 利用者12人自らによる研修を経てのケアマネジメント聴き取り調査報告	調査対象：退院直後でケアマネジメントを受けていたユーザー58人 ①自分のケアマネージャーを知っていたのは49% ②ケアプラン作成時に参加した者27% ③ケアマネジメントの半年後の見直しに参加した者0% ⇒利用者を巻き込んだ支援の必要性
	保健白書「新しいNHS：改革と信頼」	プライマリケアの重視
1998	保健白書『精神保健改革；安全・健康・支持』	①公正なケアの提供 ②個別ニーズに合わせた長期的なケア 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即した医療福祉8圏に統合
	保健白書「第一級のサービス：新NHSにおける質」	NHSの改革とそれを実践するための戦略
1999	保健省『精神保健のための包括的なサービス枠組み』 7つの全国統一基準	①精神保健の増進 ②プライマリケア ③サービス利用のしやすさ 重い精神障害のある人びとへの効果的サービス ④CPA (ケア・プログラム・アプローチ) ⑤入院環境、退院後ケア計画書 ⑥ケアラー (家族・介護者) への支援 ⑦自殺予防
2000	NHSプラン	①一次ケアに新卒職員の配置 ②地域精神保健チームの充実 ③早期介入チームの設置 ④危機介入・在宅治療チームの増強 ⑤積極的訪問チームの増強 ⑥ケアラーへの支援職設置 ⑦保安病院等の充実 ⑧刑務所内の精神保健サービスの改善 ⑨刑務所を出所するすべての精神障害のある人びとにキーワーカーをつける
2001	保健医療および社会ケア法2001 患者参加文書と苦情処理文書	患者や市民の声を取り入れる 患者フォーラムの開催、公衆の声Voiceの設置
	精神保健法案審議会文書	①従来、地方自治体社会福祉局所属のソーシャル・ワーカーがNHSトラストに出向または雇用される可能性 ②措置入院申請書の作成を従来の直近親族か指定ソーシャル・ワーカーに加えて、緊急時対応チーム (在宅治療チームや積極的訪問チーム) の他職種 (精神科看護師、OTなど) も作成できるよう変更が提案されるも実施は不十分に終わる

年	法律名等	内容・出来事等
2003	保健医療および社会ケア（コミュニティ保健医療および基準）法2003	財団病院トラスの誕生。財団病院トラスは、病院格付けで3つ星（最高級）を獲得し、優秀だと見なされた病院だけが申請できる。
2004	1999精神保健NSF-5年の経過	①7つの基準の総括 ②財政、人的資源、研究開発、情報および実施状況、臨床指針の総括 ③将来の方向性
	精神保健法改正草案	①精神障害の定義「心や脳の障害により心や脳機能に損傷や乱れがあること」 措置の条件：医師は臨床上適切な検査を行う ②初発患者：入院措置を経なければ地域措置（在宅治療や措置患者のデイ・ケアにより地域で措置される）は認められない ③措置入院申請書作成者：従来の直近親族か指定ソーシャルワーカーに加えて指定精神保健専門職（看護師、作業療法士） ④重度精神疾患による犯罪者の治療命令：病院などの治療的環境の使用 ⑤電気ショック療法：16歳以上であれば電気ショック療法同意か拒否可能（救急車事例を除く）

*参考資料：岡本民夫(1966), Baggott R.(1998), Stewart G.(1998&2003), Darton K.(1999), Rogers A. & Pilgrim D.(2001), 藤原正子(2004), 日本精神障害者リハビリテーション学会監修(2005)