

英国の精神保健の動向

——コミュニティ・ケア政策の問題点——

尾 島 万 里

I. はじめに

英国では人口の10分の1にあたる約600万人が精神的問題を抱えているといわれている。英国政府は過去40年間、精神病院を次々に閉鎖し、地域を基盤としたサービスの強化を図っているが、必ずしもそれが効果的に作用しているわけではなく、さまざまな問題点や課題を抱えている。本稿では、英国の精神保健の領域におけるコミュニティ・ケア政策に焦点をあて、そこでの歴史的背景や現状を把握し、問題点を明らかにしつつ、その動向を探っていききたい。

II. 歴史的経緯

英国では精神障害者のためのサポートサービスの必要性を盛り込んだ政策は1930年代から始まった。当時はより医学的志向のアプローチを展開すべきだという考えが支配的であったという。それが、第二次世界大戦による爆弾ショックで多くの精神障害者を生み出し、この頃から、精神障害者は医学的ニーズのみならず社会的ニーズをもっているという考えが広まっていった。NHS (1948年に開始) は第二次世界大戦中に計画されているが、当初の計画では、身体的問題のある人のみを対象とし、精神障害者への

サービスは除外されていた。しかし、このサービスも NHS に含まれるべきだという考えが戦争中に加速され、結局は導入されるに至ったが、実際は、老人、児童、救急サービスの部門が優先され、精神障害者は取り残されていった部門であった。

ところが、1950年代後半から60年代にかけて、精神障害者へのサービスに著しい変化が起こった。1955年には入院している精神病患者の数は15万人以上おり、精神病院の基準は低レベルで、一病棟に60人以上の人が押し込まれていたという。しかし、向精神薬の発達により、地域での精神医療が可能になったことと、英国と米国において収容所的治療へ多くの批判がされ始めてきた背景があり、1950年代後半に王立委員会が専門家やボランティア・オーガニゼーションから資料を受け取り、19世紀からの精神障害者の法律を編さんしなおすことを勧める報告書を提出した。この報告書の目的は、精神障害者に汚名をきせるような特別な手続きを廃止し、身体障害者と同様な援助を求める自由を精神障害者にも与えるということであった。この王立委員会の報告書とそれまでのNHSからの教訓を基にして1959年に精神保健法 (Mental Health Act) が制定された。この法律は病床数と患者数を今後増やさず、病院中心ケアからコミュニティ・ケアへのシフトを明確にした。その結果と

して強制入院の数は激減し、精神病院が徐々に閉鎖し始めた。

1962年の病院計画 (The Hospital Plan) では、精神病院の病床数は1975年までに、人口1,000人に対して3.3床を1.8床までに減らし、救急精神病棟、外来、デイケアを発展させることが提案された。また、1967年にはウェールズの首都カーディフにあるエリー (Ely) 病院の職員が患者に虐待を行っていたことが発覚し、この事件をきっかけに精神病院に関するマスコミ報道が盛んになり、世論が地域ケアを求めるようになってきた。そのため1970年代には、一層大病院の閉鎖が進み、コミュニティ・ケアを求める声がますます高まった。

1975年には政府の精神保健に対する長期政策として白書『精神障害者に対するより良いサービス』 (*Better Services for the Mentally Ill*) が発表された。この白書では、人口1,000人に対して0.5床にし、小規模のホステルと地域の施設及び在宅サービスを促進すること、退院した患者が再発した場合、地域の一般病院に入院できるようにすること、そして特に看護婦、ソーシャルワーカーのスタッフを増員することが強調されていた¹⁾。

この時代までは、病院閉鎖により精神病院に入院している多くの患者は退院可能になったが、精神障害者のサービスは児童及び老人サービスよりも力はいれられず、NHSと地方自治体の連携もうまくいっておらず、サービスは断片化されている傾向にあった。

1980年代に入ると、この頃はマーガレット・サッチャー (Margaret Thatcher) が首相の時代であり、サッチャーリズムの出現がNHSと対人社会サービスに大きな影響を与えた。サッチャー首相は、景気後退を回復させるために、

政治的、経済的変化の流れの中で、医療と福祉の公的サービスを見直し、改革しようとし、金銭的価値 (Value for Money) と民営化政策を積極的に推し進める方針をとった。この状況において、精神障害者サービスを組織し、管理する問題は1980年に発行されたノッダー報告 (Nodder Report) で検討されている。この報告書は主に精神保健サービスのマネジメントの構造について検討されており、管理者、経理担当者、医者、看護婦などから構成されたコンセンサス・チームアプローチの組織化を勧めている。また、地方自治体とのジョイント・プランニングの重要性が強調され、精神障害者の状況を把握するために年間報告の提出の必要性を勧告していた。1983年には精神保健法が改正された。この法改正は特に全英で精神病院に入院している患者の約10%にあたる強制入院患者に影響を与えた。すなわち、1959年の精神保健法では強制入院を認めていたが、1983年の法改正では、精神保健法委員会 (Mental Health Act Commission) を設立し、この委員会が入院患者の権利を保護する責任を果たすことが定められた。そして入院には基本的には患者の同意を必要とすることが強調され、国務大臣に任命されている指定医が入院の報告を精神保健法委員会にし、それによって、他のもう一人の指定医と内務大臣から任命されている医師ではない二人のスタッフの合意を得ることが明確に定められている。しかし、1983年の法改正では、これ以外の点では1959年の法とほとんど変わらず、根本的問題とされている NHS と地方自治体の関係が原因とされる断片化されたサービスの問題にはあまり触れられていなかった。

この精神保健法が改正された同年にグリフィス報告 (Griffiths Report) が発表された。これ

はジェネラル・マネージメントを導入することでNHSの効率化を図ろうとしたものである。1986年にはイングランドとウェールズの地方自治体の会計検査院 (Audit Commission) が報告書を発行しているが、その中で病床数が減少しているにもかかわらず、地方自治体の社会サービス局が必要な資源を整備していないことを批判した。政府はこの報告書を受け、コミュニティ・サービスの改善のために1987年にグリフィスを再任した。そしてグリフィスは1988年に『コミュニティ・ケア：行動のための指針』(Community Care: Agenda for Action) という報告書を発表した。この報告書の中では「精神障害者、精神薄弱者、身体障害者、老人のためのコミュニティ・ケアはすべて地方自治体に委任すべきである²⁾。」と述べ、地域保健局 (District Health Authorities) と社会サービス局との関係の不十分さからくるサービスの断片化の問題に対しての解決として、地域においてケアを管理し、コーディネートする指導的機関として地方自治体の社会サービス部門を指名した。この報告書の後に、政府は1989年に『患者のための医療』(Working for Patients), 『国民のための介護』(Caring for People) という白書を続けて発表した。

まず白書『患者のための医療』であるが、これはNHSに市場原理を導入することでサービスの効率化を図り、NHSの構造的問題点に対処しようとする意図があったために病院サービスのみに焦点がおかれ、患者主体と選択権の拡大が主眼とされていた。地域サービスや慢性疾患患者のサービスについては白書『国民のための介護』の中で書かれている。しかし、この白書においては、精神障害者を特別なケースとして取り扱っており、地域による理想的ケアを強

調しつつも、障害者の世話をするのは家族の義務であるということが前面にでていているという批判がある。

III. コミュニティ・ケア政策の影響

1. 精神障害者本人

政府の計画では、前述したように精神障害者は病院退院後は地域の中に住み、社会サービスを利用しながら家庭医 (General Practitioner, 以下GPと略す)のサービス、あるいは病院の外來サービスによって処遇されるべきであると、地方自治体によるコミュニティ・ケアが強調され続けてきている。

1989年の白書『国民のための介護』においては1979年から1988年の間に地方自治体の職員数は59,500人まで増加したことが示されている³⁾。しかし、職員数は増加したものの、現状ではデイケア施設の増加より病院閉鎖の方が急激に進んでいる。1975年から1985年までのNHSの病院の精神障害者の病床数の減少は23,500床である。しかし、デイケア施設は同時期に約5,700人分しか増加されていない。さらに民間運営のグループホームも含めて地域居住施設は同時期に約3,600人分しか増加されていないのである⁴⁾。また、退院後の就職状況も非常に厳しく、経済停滞間に障害をもった労働者はまず解雇され、たとえ職が得られたとしても工場の組立工や封筒詰めのような仕事しかないのが現状のようだ。

このような状況からいくつかの問題が起きている。一つは、これらの社会資源の不足により、ボランティア従事者や専門職者達が日々援助したとしても利用者本人が定期的にサービス機関に通所できない、または通所する努力をしなく

なり、不規則な生活に陥りやすくなることから再発の可能性が高まるということである。1994年8月18日付のインディペンデント紙によれば、保健省 (The Department of Health) は再入院についての正確なデータは収集していないが、看護婦の調査によれば、看護スタッフの40%が前年よりも再入院する患者の数が増加していると答えていると指摘している。

二番目には、病院閉鎖及び病床数の減少により多くの患者が治療が十分でない、あるいは治療途中で退院させられ路上に出されることである。この状況は精神障害者であるホームレスの増加、刑務所に服役中の精神障害者の割合の増加、自殺率の増加をもたらしたといわれている。インディペンデント紙 (1994年8月18日付) によれば、1993年の平均入院日数は5.5日間(1985年は8日間)であり、英国のホームレス50万人中3分の1が精神病及び精神障害者であるという。また、刑務所内の服役者における精神障害者の数は約40%を占めるようになり、刑務所増設の案もあるという。

この事態に対処するために1993年8月にヴァージニア・ボットムレイ (Virginia Bottomley) 保健相が精神病患者による深刻な事件の続発を受けて、退院した精神病患者の監視を強化するスーパーバイズ制の設定を発表した。この制度は、退院は可能だが再発の恐れがあると予想される患者は退院後6か月間、指名されたソーシャルワーカーまたは医療関係者 (特に地域精神保健婦) が監督を担当し、この担当者がいつでも患者とコンタクトを取る権限をもつ。さらに患者は通院またはデイケア等の定期的通所が要求されている。しかし、1994年8月18日付のガーディアン紙によれば、このスーパーバイズ制はほとんど実行されていないと批判している。

また専門職者の数の不足によって十分な援助を受けられないことが問題となっている。

2. 精神障害者の家族及び親族

最近の政府の政策では家族はコミュニティ・ケアの第一線に位置づけられ公的サービスは縮小の方向にある。つまり、コミュニティ・ケアは介護者の協力を前提につくられている。

ところで、精神障害者の介護者数は正確に数えることは困難であるが、英国介護者協会 (Carer's National Association) によれば、680万人が何らかの介護責任を負っており、そのうち125万人がフルタイムの介護をしているという⁹⁾。また、英国精神分裂病協会 (National Schizophrenia Fellowship, 以下 NSF と略す) の研究では重度の精神障害者の介護者数は10万人から50万人の間と推測している¹⁰⁾。このため介護者への支援はコミュニティ・ケア法のもとでより重要であると考えられていたが、実際は以前よりも介護負担は重くなっているのではないかという見方が強い。しかもその原因は、家族や介護者らの意見交換をもたずにコミュニティ・ケアを勧めた政策立案者と専門家に責任があると批判されている。

多くの研究報告によれば介護者の負担は経済的負担と心理的負担に分けられている。

心理的負担に関してはクリアら (Creer et al 1982) の調査報告、マッカーシーら (McCarthy et al 1989) のデイサービスの長期利用者の家族に対して行われた調査報告などがあるが、この調査の中では精神障害者と同居している家族の約30%が自らが深刻な精神的問題に直面すると報告されている¹¹⁾。

さらに、ラディカル・フェミニストの立場をとる学者達及びブラウンら (Brown et al 1972)

の退院後の精神分裂病の研究で精神障害者家族は保護的で正常な機能を促進するよりも、むしろ患者を病気の役割に固定し、再発を促進してしまうという逆効果に注目している。これらの家族には適切で効果的なサポートを必要とするが、家族療法や心理療法は多くの時間が必要であることや効果に疑問があることなどからNHSのもとでは積極的に行われていない。そして精神保健の専門職者達もつ理論のため治療や経過について家族が十分な情報を得られないという不満を抱き易く、家族の援助が不十分であると指摘されている。

情報の欠如に加えてフランセルら (Francell et al 1988) の調査では介護者達のサービスに関して抱えている問題を報告している。そこでは、危機状態におけるサービスの欠如、専門家による多くの責任転嫁、地域資源の不十分さ、継続的ケア提供の欠如、家族が治療計画に参加することへの専門家達の拒否等があげられている。そしてフランセルらはこのような現状が家族及び介護者の心理的不安定を引き起こし、社会接触を減少させていくと示唆している。

家族と専門スタッフとの緊密な関係の必要性がフランセルらの調査報告などでいわれているが、その一方では専門スタッフにとって十分なサービスを本人や家族に提供することが容易でないということが指摘されている。

3. 専門職者

(1) 精神科医

1959年以前まで精神科医は患者に利用し易い治療を望み、精神保健法の制定を期待していたが、この法律は精神科医達の期待はずれに終わってしまったようだ。ホーイ (Howe) は「その結果として、地域の中で患者や介護者達が専門

医をより利用しやすくなっているという証拠はあまりない⁹⁾。」と指摘している。その一方で、患者やその家族が精神科医を利用しにくくなっているいくつかの事実があげられている。

まず、最近のNSFの出版物では家族及び介護者達が十分な情報やサポートを精神科医から受けられないことを取り上げている。

また、患者側の不満としては外来システムにおいては、予約が3か月あるいは6か月に1回で、担当医が定まっておらず、毎回同じ質問を繰り返し、患者をよく知る時間がなく信頼関係を築くことが困難なことがあげられている。さらに、医師と患者関係の中にレイシズムの問題が起こることもあり、白人の医師と黒人の患者の場合、患者は医師の態度が受容的でないと訴えることが多く、また電気ショック療法を白人の患者よりも黒人の患者の方が受けさせられやすい等指摘されている。また、英国の精神科医にはかなり多くの黒人医師がいるといわれているが、黒人の医師で白人の患者の場合、立場が逆転し、白人の医師による診察への変更を依頼するケースが多いとの報告もある⁹⁾。

政府はコミュニティ・ケアの強調と並行してプライマリー・ケアの強化を図るため、1987年の白書『健康増進に向けて』(Promoting Better Health) を発表し、プライマリー・ケア部門やGP部門においてヘルス・プロモーションと疾病予防の強化を強調した。その結果として、精神科医は以前より重症な患者を扱うスペシャリスト・サービスを担い、高度で特殊な長期的ケアをすることが要求されているという。

(2) GP (General Practitioner 家庭医)

NHSでは一般的には居住区域の登録してあるGPに受診し、GPが専門治療が必要であると判断した場合、GPの紹介状を通じて専門医

に受診するシステムになっている。GPは全国で地域別に指定されたプライマリー・ケアを担い、心身にわたるあらゆる病気を扱う。

しかし、大部分のGPは地域の中で精神障害者をケアすることに、あまり関心がなく、また精神医学のトレーニングも十分でないことから、病気の兆候を見逃してしまうことがしばしばあるといわれてきた。ところがGPが精神疾患をもつ患者の相談件数及び抗精神薬の処方数は増加の傾向にあると報告されている。レイダー (Lader 1979) の調査によれば英国での抗精神薬の処方数は1975年に4,800万、1979年に8,800万に増加したという¹⁶⁾。

1987年の自書後、ヘルス・プロモーションと疾病予防をさらに強化するため新しい契約事項 (GP new contract) が1989年に政府から発表され、1990年から実施されている。この新契約事項によって11,000人以上の患者登録数をもつGPは希望すれば自分自身で医療行為と予算を管理することができるようになった。その結果として、より幅広い他職種のスタッフを雇えるようになり、GPはプライマリー・ケアのリーダーの役割を要求されている。特に、精神医療においては精神科医、看護婦、臨床心理士やソーシャルワーカーはGPと緊密な連携を要求されている。しかし、GPの管理、行政的役割が増大し、実践外の仕事に拘束される時間が増え、患者のカウンセリングに十分な時間をかけられないのが現実のようだ。そのため新しいGPの契約事項は積極的に報酬を基盤とした診療機関に移行するために看護婦 (Practice Nurse) の発展を期待している。

(3) 精神保健看護婦

その活動の始まりはサリー州にあるウォーリントン・パーク病院で1950年代に地域精神保健

看護婦 (Community Psychiatric Nurse, 以下CPNと略す) が設置されてからだという。当時は病院を退院した分裂病のアフターケア、特に薬の管理が主な活動であったとされている。

地域精神保健看護婦は1970年代から急速に増加し、1980年代終わりには一部地域を除いたCPNが働きかけたいケースをCPN自身が選べるオープン・レファレル・システム (Open-referral system) を使って活動できるようになっていた。

CPNは精神分裂病だけでなく、神経症、人格障害、さらに対人関係障害の問題をもつ患者も含めて専門の精神科医に紹介されていない患者に関わっている。

しかし、CPNに関しては大きく分けて2つの問題が指摘されている。一つはCPNの大多数は多くの臨床的問題を扱うジェネラリストであり、臨床的スーパービジョンと専門的トレーニングが不足しているという点である。卒後教育を受けるCPNの数は増加しているが、ウーフら (Wooff et al 1988) の調査によれば、専門トレーニングを受けたCPNと受けなかったCPNの間に実践効果の差はみられず、トレーニングの効果については疑問を表しており、トレーニング内容も充実しているとはいえないようだ。

もう一つの問題点としてあげられているのは、CPNの役割が広範囲にわたるため、他職種と役割が重複し、チームワークに混乱を引き起こしているということである。特に、CPNの仕事はGP、ソーシャルワーカーや保健婦の仕事の領域が拡大されてきており、この拡大が精神保健ソーシャルワーカーの活動範囲の縮小の原因となっているとさえいわれている。

(4) ソーシャルワーカー

ソーシャルワーカーは精神保健法のもとでサポートサービスの提供やデイ・センターやホステルの職員配置を含んだ精神障害者援助の中心的役割を果たすことが要求されている。そして、精神保健に関わるソーシャルワーカーはすべての専門職の中でも地域サービスの発展に最も熱心であるといわれている。しかし、ソーシャルワーカーも精神保健看護婦と同様にソーシャルワーカー数の不足と専門的訓練の不十分さの問題に直面している。

まず、ワーカー数の不足についてであるが、英国全体のソーシャルワーカー数は約27,000人いる¹⁰⁾。しかし、政府が地方自治体の予算を削減してきており、その上、ソーシャルワーク部門が近年、児童虐待の問題にますます比重をおいてきているため、どうしてもソーシャルワーク全体の仕事の中で精神障害者への関わりが一番後回しにされてしまうという。

次に専門的訓練の問題であるが、精神保健分野でのソーシャルワーカーの役割は独特であり、専門的技術を必要とされているが、1968年のシーボーム報告(Seeborn Report)以降、ワーカーの仕事はジェネリックな方向へと進んだ。そこで1983年の精神保健の分野で働くソーシャルワーカーの専門的訓練の必要性を認め、規定の訓練プログラムの参加を要求した。しかし、プログラムに参加したソーシャルワーカー達によれば、十分な内容ではなかったと報告しており¹¹⁾、その効果は疑わしいとされている。

さらにソーシャルワーカーはその専門性についての問題も論議されている。

1988年のグリフィス報告にはソーシャルワーカーの数を増やすことが含まれており、英国ソーシャルワーカー協会もこの提案を歓迎したと

いう。しかし、その一方で、専門職としてのソーシャルワークからは、この増員計画に対する批判もあった。その内容として、まず第一にはケース・マネージメントに関することがあげられている。

1989年の白書『国民のための介護』ではケース・マネージメントはサービスの組織と分配において中心的な存在であることが要求されている。ケース・マネージャーは社会サービス局に雇用され、ケース・マネージャーの出身職種は問われないが、ソーシャルワーカー、ホームケア・オーガナイザー、コミュニティ・ナースが特に適性であるとされている。その結果として、ソーシャルワーカーはクライアントを援助することよりも予算と資源のコントロールなど管理的役割を果たすことの方が主になってしまうという危険性が指摘されている。

第二には多くのソーシャルワーカー達が個人的興味を求め、家族療法のような領域に踏み込もうとしているが、それがソーシャルワーク本来の専門性の喪失及び他職種との過度な重複の危険性に結びつくのではないかという批判である。しかし、一方では、家族療法の領域に踏み込むことがソーシャルワークの専門性の拡大として歓迎する者もあり、その専門性自体が問われている。

(5) 臨床心理士

コミュニティ・ケアへの臨床心理士の関心は1977年のトレトワン報告(Trethowan Report)から高まってきたという。その報告書の中では病院での活動よりも地区サービスの活動に従事することを勧めている。臨床心理士は特に、プライマリー・ケアの部門で初期介入への役割が期待されているが、他職種と同様に、その数の不足が指摘されている¹²⁾。

4. 地域と一般の人々

精神障害者は世間の人々から恐れられ、誤解されやすい存在であるという見方が一般的であるが、英国では1950年代に、世論が精神障害者に段々と寛容になってきていることがしばしば論議された。これを証明することは困難であるが、グッドウィン(Goodwin)は「1957年にBBCが精神障害者のドキュメンタリー『The Hurt Mind』というシリーズ番組の放映に最も重要な証拠の一片がみられた¹³⁾。」として、カーstairsとウィングの研究(Carstairs and Wing, 1958)を評価している。彼らの研究は、このシリーズ番組放送後、放送局に届いた25,000通の手紙を分析し、それによって視聴者の反応は精神障害者に同情的な反応がみられ、精神障害者に関わっている専門職者達への敵意が増大している傾向にある。但し、これが新しい現象なのかどうか判断することはできないと結論付けている。他にも、一般の人々による精神障害者への寛容な気持ちが指摘されているが、この見解を支持しながらも、住んでいる地域により異なるという見方もある。

しかし、一般の人々の態度変容は政府の政策の影響であるということを主張している者はほとんどなく、マスメディアの影響によるということの方が有力のようである。

IV. 精神障害者へのコミュニティ・ケアの問題点

精神障害者に対して政府のコミュニティ・ケア政策が効果的であるのかどうかは、利用者、専門職者そして一般の人々の大半はその効果を否定的にみているようだ。

月刊誌『コミュニティ・ケア』(Community

Care)による一般の人々へのアンケート調査によると、69%の回答者がコミュニティ・ケアはうまくいっていないと答えている¹⁴⁾。

コミュニティ・ケア政策が効果的でない理由としては大きく分けて4つの問題点が指摘されている。

まず第一には用語の意味の受け取り方から生じる問題である。サービス利用者や専門職者達にとってはコミュニティ・ケアとは十分なサポートを受けながら自分達の地域の中で生活できるようにするという期待をもつ。しかし、政府の側からすれば、病院を基盤としたサービスよりも地域を基盤サービスの方が財政的にも節約できるという観点から単に施設ケア以外のものということを意図している。そこから、利用者、専門職者や一般の人々の期待と政府の意図の食い違いが生じ、利用者側からみればコミュニティ・ケアが効果的でないと感じることへつながるということである。

二番目にはサービス資源不足の問題があげられている。つまり、政府側が病院閉鎖に伴い、大病院から地域へと単純に資源を再配置するというトップダウンの考え方が支配的である点であり、それによって新しく地域サービスを構築していく上での経営的、専門的工夫やきめ細かさがないと批判されている点である。

三番目は精神保健サービスへの予算の不足と分配についてである。1990年の精神保健財団(The Mental Health Foundation)の報告によると、英国では毎年約600万人が何らかの形で精神的問題を抱えているという。そして、NHSと地方自治体と社会保障省間では精神障害者サービスに毎年約3兆ポンド以上費やしているという¹⁵⁾。しかし、1991年にはわずか6万人以下である入院患者に、NHSは精神保健予算の77%

を入院患者のサービスと薬の処方代にかけ、外来患者とデイケアを含んだ地域保健とプライマリー・ケアに分配された精神保健予算は僅か23%であった¹⁶⁾。

このことに関して、多くの方面からプライマリー・ケアと地域サービスへの予算の不足が批判されている。インディペンデント紙（1994年8月18日付）は、年間最低さらに5億ポンドを上乗せした予算が精神障害者の十分な地域サービスを提供するために必要であると指摘している。

四番目の問題は、一番大きな問題と考えられているが、保健局と地方自治体の社会サービス局との連携の問題である。この協力体制の強化は1974年のNHS改革の主要な目的の一つであり、1976年に地方保健局と地方自治体の地方レベルでの協力体制を組むジョイント・プランニングが発表された。まず、保健と社会サービスのあらゆる側面をカバーするために地方保健局と地方自治体の社会サービス局と教育局によってジョイント・ケアプランニング・チームが設立された。また、このジョイント・プランニングを促進するために共同予算制（Joint Finance）を導入したが、政府によるこの試みは失敗であったとされている。その理由は、共同予算制の導入で予算の配分方法は保健局と地方自治体の話し合いの結果、対人サービス事業における予算配分は保健局に委任されることとなった。しかし、NHSと地方自治体の障害者に関わる職員間には組織、職員構造、予算のサイクルなどのシステムの違いがあること、また、この40年の間、保健サービス計画は疫学に焦点をあてる公衆衛生の視点によってつくられ、一般の人々のニーズを対象にするのに対し、社会サービス部門はソーシャルワーカーの視点に立

ち、個人のニーズを特別に扱うといった両者に視点の相違があること、さらに、ヘルスニーズとソーシャルニーズ間の区別は曖昧で保健サービスと社会サービス間の連携の概念が不明確であることから連携が十分に組めなかったことが指摘されている。そのため、この連携の問題が精神障害者を社会の中で最も不利益を被っている集団にさせてしまったと批判されている。

V. 今後の課題

英国政府はコミュニティ・ケアを進めていく路線を今後も変更しないようであるが、世論もコミュニティ・ケアを望んでいる傾向がある。前述した月刊誌『コミュニティ・ケア』では69%の回答者がコミュニティ・ケアがうまくいっていないと答えながらも、72%の回答者は精神保健サービスは地域保健サービスを通してなされるべきであると回答している。そして、これらの人達がコミュニティ・ケアの改善案として76%が24時間体制の緊急サービスの充実、68%がカウンセリングサービスの充実、67%が精神保健サービスへの予算の増加をあげている¹⁷⁾。

さらに、1994年8月18日付のガーディアン紙では専門職者数の不足と訓練不足の問題を指摘し、精神分裂病者のコミュニティ・ケアを改善していくために地域精神保健看護婦をさらに5,000人、ソーシャルワーカーを7,000人増員するよう要求している。

また、前述したが、家族への介護の負担の増加に関してはフェミニストの研究者達への期待がよせられている。家族の介護者の研究は1960年代以降主にフェミニスト達によってなされてきた。しかし、家族の介護負担の大きさを訴えるフェミニスト達と家族に介護責任を期待する

政府との溝は未だ埋められないままである。

フェミニスト達は今後の課題として女性の家庭内の介護労働が無報酬である社会構造内の勢力に関する研究、家庭内の介護負担の費用に関する研究や黒人等外国人の家庭の介護に関する研究などを強化していく姿勢をみせている。

VI. 終わりに

1989年の白書『患者のための医療』で政府はNHSに競争原理を導入し、消費者主権、選択権、そして国民の反応に応える高質なサービスの必要性を強調した。しかし、この考えが精神保健の分野においては消費者として患者をみることに多く困難があると指摘されている。その困難さは精神疾患のある患者は資源不足のためサービスを購入する機会や、いろいろなサービスを見て考える時間もない集団であること、そしてセラピストやサービスの選択の自由が非常に狭く限定されていることである。さらに、利用者や家族の実態調査やサービスへのニーズの把握が不十分であるとも指摘されている¹⁸⁾。

コミュニティ・ケアの政策が行政主導型で財政削減が優先され、サービスの方法やメニューをどう組み合わせるかの議論が先行してしまっている。

精神病が疾病と生活や社会環境との関連性が強い病気のため西洋医学の治療モデルに基づいたNHSの構造では限界がある。従って、特に精神疾患を含めて慢性疾患では疾病、障害と生活構造の関連の中で実態やニーズを把握していこうとする動きが英国の保健社会学の領域の中でここ20年間、研究、調査が蓄積し始めている。今後、この動きに注目していきたい。

引用文献

- 1) Levitt, R. and Wall, A. 1992 *The Reorganized National Health Service*, Chapman & Hall. p. 183.
- 2) Griffiths, R. 1988 *Community Care : Agenda for Action*, London, H.M.S.O. p. 1.
- 3) Department of Health/Social Security 1989 *Caring for People-Community Care in the Next Decade and Beyond*, London : H.M.S.O. Cm849 p.62.
- 4) Hunter, D. 1992 "The move to Community Care with Special reference to mental illness" in E.Beck, et al eds., *Is the Best of Health ?*, Chapman & Hall. p. 176.
- 5) Philpot, T. "Silent Partners", *Community Care*, 2-8 June, 1994, p. 21.
- 6) Ibid., p. 21.
- 7) McCarthy, B. et al. 1989 "Counselling the relatives of the adult long-term mentally ill, I. Evaluation of the impact on clients and relatives", *British Journal of Psychiatry*, 154, p. 775.
- 8) Howe, G. 1990 *Schizophrenia*, 2nd ed., David & Charles. p. 52.
- 9) Littlewood, R. and Maurice L. 1993 "Ethnic minorities and the psychiatrist" in B. Boswell, eds., *Health & Disease*, 6th ed., Open University Press. p. 291.
- 10) Department of Health/Social Security 1989 *Caring for People-Community Care in the Next Decade and Beyond*, London : H.M.S.O. Cm849 p.67.
- 11) Howe, G. 1990 *Schizophrenia*, 2nd ed., David & Charles. p. 52.
- 12) Muijen, M. & Brooking, J. 1989 "Mental Health" in A. While, eds., *Health in the Inner City*, Heinemann Medical Books.
- 13) Goodwin, S. 1989 "Community Care for the Mentally ill in England and Wales : Myths, Assumptions and Reality", *Journal of Social Policy*, 18, 1, p. 36.
- 14) Philpot, T. "How is it for you?" *Community Care*, 7-13 July, 1994, p. 22-23.
- 15) Mental Health Foundation 1990 *Mental*

Illness : The fundamental facts. MHF. London.

- 16) Philpot, T. "Power to the People", *Community Care*, 10 March, 1994, p. 20-23.
- 17) Ibid., p. 23.
- 18) Howe, G. 1990 *Schizophrenia*, 2nd ed., David & Charles. p. 138.

参考文献

- Audit Commission 1986 *Making a Reality of Community Care*, London : H.M.S.O.
- Brown, G.W., Birley, J. and Wing, A. 1972 "The influence of Family life on the course of schizophrenia disorders : a replication", *British Journal of Psychiatry*, 121, p. 241-58.
- Butler, T. 1993 *Changing Mental Health Services*, Chapman & Hall.
- Carstairs, G.M. and Wing, J.K. 1958 "Attitude of the general public to mental illness", *British Medical Journal*, 2, p. 584-589.
- Jones, K. 1988 *Experience in Mental health-Community Care and Social Policy*, Sage Publication.
- Knapp, M. et al 1988 *Care in the Community : The First Steps*, Gower.
- Lader, M. 1979 "Drug research and Mental health services", in M. Meacher, eds., *New Methods of Mental Health Care*, Pergmon Press, Oxford.

Mays, N. 1991 "Community Care" in G. Scambler, et al, eds., *Sociology as Applied to Medicine*, 3rd ed., Bailliere Tindall.

Francell, G. et al. 1988 "Families' perception of burden of care for chronically mentally ill relatives" *Hospital and Community Psychiatry*, 12 p. 1296-1300.

Pilgrim, D. and Rogers, A. 1993 *A Sociology of Mental Health & Illness*, Open University Press.

Pillings, S. 1991 *Rehabilitation and Community care*, Routledge.

Scull, A. 1984 *Decarceration*, 2nd ed., Basil Blackwell.

Towell, D. 1985 "Health and Social Services Relationships in the Long Term Care" *British Journal of Social Work*, 1985, 15, p. 451-456.

Ungerson, C. 1987 *Policy in Personal : Sex, Gender and Informal Care*, Tavistock Publications.

Wooff, K., Goldberg, D.P. & Fryers, T. 1988 "The practice of community psychiatric nursing and mental health social work in salford : some implications for community care", *British Journal of Psychiatry*, 152, p. 783-93.

(おじま・まり 英国ケント大学大学院生)