

## 精神障害者の自立と支援に関する研究 — 障害概念と受容の再検討を通じて —

### A Study on independence, and support for persons with mental disabilities — Reconsidering disabilities conception and reception —

守村 洋

#### はじめに

##### 【問題意識と研究の意義】

長い間「危険でおかしい」人たちとして、社会から排除されてきた我が国の精神障害者は、21世紀を迎えた今日になって、ようやくその社会的な認知と処遇を受けられるようになった。日本における精神保健対策は、その制度・政策、処遇、運動など全ての側面において、呉のいう「二重の不幸」<sup>1)</sup>を背負いながら現在に至っている現状がある。

精神障害に関するリハビリテーションは、国家の施策、思想的・運動的方向等により紆余曲折な経過をたどってきた。その中でも学者・研究者と言われる諸先輩の理論家達が、解釈困難と言われる精神障害に対してメスを入れた功績は、ただただ脱帽する以外にはない。しかし、ほとんどの先輩らは、いわゆる精神科医師であり、病院という医療機関視点からの解釈が主となっている。逆に現在、地域で活躍する精神医療ユーザーからの視点から検討すると、大きな相違点がみられる。つまり机上の理論と、現場の精神医療ユーザーレベルとでは、かなりの差が生じていることが、常日頃ユーザーと接していると痛感するのである。

筆者は精神障害者と呼ばれている人との関わりを持つようになってから、早10年の歳月が経とうとしている。当初は「精神看護」という、いわば「医学モデル」の視点からのアプローチが主となっていた。精神障害者に対しては「精神病」あるいは「精神障害」を有している人という視点から関

わっており、地域で生活する困難性は正直言ってあまり考えていなかった。彼らとの関わりが長くなるにつれ、その生活レベルを考えるようになり、地域で生活している障害者との交流が深まっていった。「医学モデル」だけでは障害者の一部分しか見えていないことを痛感し、「生活モデル」からのアプローチをも考えるようになった。このように専門職の専門たる分野からのアプローチが主となる傾向は依然として変わらない。

さらに筆者は「すみれ会」というセルフヘルプ・グループと接し、その活動力に圧倒された。ある精神医療ユーザーの「僕たちは何も出来ない人間じゃない!」という言葉通り、障害を持ちながらも地域で生き活きと生活している彼らの姿を観て、セルフヘルプ・グループの持っている力を見せつけられた。

このように従来諸研究においては、専門分野が先行し、さらには「理論は理論」、「実践は実践」というように、双方向からの検討が不十分であり、またこれが精神障害を分かりにくくしている1つの要因だとも考えられる。

##### 【研究目的と方法】

以上のことより本論文では、精神障害概念と受容論の再検討を通して、現実的に分離している理論面と実践面との相違を明らかにすることを目的とする。

ここでいう理論面とは「医学モデル」に則った主として精神科医の視点で精神医療サバイバーを捉えるといった机上の理論であり、実践面とは

「生活モデル」に準ずるような精神医療ユーザーそのものの生き方である。具体的な方法として、理論的な側面では、既存の障害概念をはじめとする様々な視点からの文献レビューを行う。一方、実践的な側面としては、精神医療ユーザーそのものの団体である「セルフヘルプ・グループ」と、ユーザーに非常に近い存在で支援を繰り広げている「精神障害者地域生活支援センター」とを取り上げることにする。

そして、最終的にそのギャップを基に、精神障害者の自立と支援に関する考察をすることとする。

### 【用語の定義】

本論文での焦点は言うまでもなく、精神障害者である。精神科の患者または、かつて患者であった人をどう呼ぶかについては議論<sup>2)</sup>されており、統一した見解は出ていない。本論文においては以下のように統一した。

**精神障害者**…「精神障害」を意識して表現したい時、あるいはサバイバーとユーザーを総称して使う場合もある。

**精神医療サバイバー**…「精神医療」からの生還者。ここでいう精神医療とは遅発性ジスキネジア（抗精神病薬による永続的に続く有害な副作用）や電気ショック療法による永続的な記憶喪失などの重大な害毒をもたらす精神医療であり、それらの精神的・身体的苦痛から逃れた人。

**精神医療ユーザー**…精神医療や他のサービスを受けながら、地域で生活している人。時には当事者とも表現している。

これら精神医療サービスと地域生活の割合の関係を図式化すると図1のようになる。

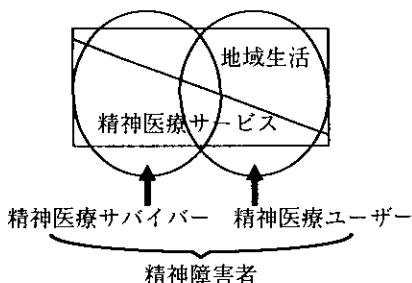


図1 精神医療サバイバーと精神医療ユーザーとの関係

## I. 障害概念と受容論

上田は、障害論は障害者（障害のある人）の現状を「解釈」するためではなく、それをよりよい方向に「変える」ためにこそあるものであり、思弁的な議論のための議論ではない<sup>3)</sup>と強調している。本論文における障害概念もまた「障害」そのものの理解に留まるといったものではない。これから述べる障害概念は、「精神障害者の自立と支援」についての「理解」という位置づけとして考えたい。

また障害論とその種々の概念は長いリハビリテーションと障害者運動との実践の中から多くの人々の努力で徐々に生まれてきたもので、誰かがある日突然考えついたものではない。一見複雑な議論のように見えても「障害と共に生きる」という現実自体が複雑なのであり、過度な単純化に陥らずに問題の総体を捉えそれを解釈するためには、複雑な現実を出来る限り分析し、そして総合していくことが必要なのである<sup>4)</sup>、と言われるように後に述べる「精神医療ユーザーの生き方」と合わさった総合的理解・探求として位置づけておく。

### 第1章 障害概念

#### 第1節 精神疾患と障害の関係

##### 1. 蜂矢の「精神障害における障害概念の検討」

蜂矢<sup>5)</sup>は1981年『精神障害論試論』を発表した。従来WHOの障害分類および上田のモデルを紹介して、精神障害への適応可能性を探ろうとしたものである。これは精神障害の構造を明らかにすることで、「医療と福祉に分断されがちであった障害対策を、連続的で一貫した対策に変革するのに有効な考え方」としても、精神保健分野においての大きな前進となった。4年後、改めて『精神障害における障害概念の検討』を公にして、「精神障害における疾患と障害の構造」を論じた。具体的には、機能障害（impairment）には治療的アプローチ、能力障害（disability）には適応アプローチ、社会的不利（handicap）には福祉的アプローチ、やまい（体験としての障害）（illness）には精神療法的アプローチを対応させた。これらは後の「蜂矢モデル」として、展開していく結果

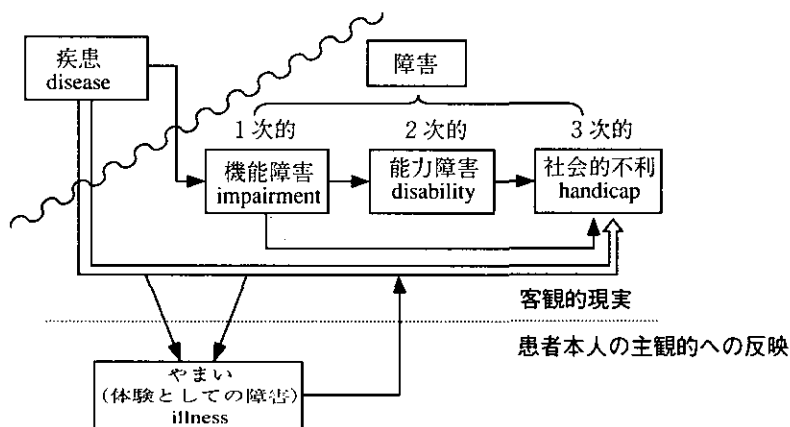


図2 精神障害における疾患と障害の構造 (蜂矢, 1986)

となる。

上田モデルと蜂矢モデルとの相違は2点あり、第1は疾患と障害の間に引かれた線である(図2参照)。上田モデルでは点線が縦に走っているのに対して、蜂矢モデルでは波うった線が斜めに引かれている。「疾患(病気)と障害の共存を表現したつもり」<sup>6)</sup>と蜂矢は述べている。第2の違いは、疾患と社会的不利を結んでいる2重の線である(図2参照)。能力障害がなくても、全治していても、精神障害を経験したという経歴だけで、職探し、住居探し、結婚などに支障をきたす<sup>7)</sup>。言い換えれば「精神障害者に対して世間の壁が立ち塞がっている」現実があるので、「この種のハンディキャップを強調したかった」<sup>6)</sup>からであるという。

まず疾患と障害の共存について蜂矢は次のように記している。「陰性症状であれ陽性症状であれ、その症状の存在によって日常生活に困難・不自由・不利益が生じていれば障害があると言うべきである」<sup>8)</sup>。機能障害としては、思考障害、知覚・注意・衝動・情動や気分・意志などの障害をあげ、能力障害としては、社会的な生活能力、対人関係能力、作業能力の障害をあげた。

障害の中でもっとも重要なのは社会的不利であって、「疾患自体が直接的に社会的不利を引き起こしているわけで、精神障害者に対しての特有の偏見や差別を、まず取り除く必要がある」<sup>9)</sup>と強調している。

疾病と障害との関係については、蜂矢以外の研究者の見解もあるが、本論文では省略する。いずれにしろ、精神疾患と精神障害の関係は、単純にモデル化することは困難であり、その特異性を充分考慮して考えていかなければならない。その特異性の1つとして「体験としての障害」があげられており、次項で詳しくまとめる。

## 2. 体験としての障害

体験としての障害(illness)とは障害の主観的レベルであり、疾患、3つの客観的障害(機能障害、能力障害、社会的不利)および不適切な環境のすべての主観的への反映(体験)であり、これらの問題に対する個人の認知的・情動的・動機づけ的な反応として生じてくる。これは受動的なものではなく、その人の人格特徴、価値体系、自己像、理念、信念、人生の目的等に基づいた能動的な反応であり、実存としての人間のレベルでとらえた障害である。なかでも障害についての否定的な価値観(社会一般にある偏見が本人に取り入れられ内面化したもの)の影響は大きい<sup>10)</sup>、と上田は定義している。

実存のレベルということであるが、これは人間の精神活動が、生理的レベル、心理レベル、実存レベルと階層性をもっているという考えに立って、そのもっとも高いレベルである実存レベルをもっとも重視する意味で、実存の概念で主観的障害を代表させたものである。障害についての否定的な

価値観を重要視したものも同じ立場からであり、これは障害の受容に関する研究に基づいている。

## 第2節 精神分裂病における病識<sup>11)</sup>

精神分裂病には一般に病識が欠如していると言われる。そしてその病識欠如は如何に由来するのであろうか。この病識問題にまつわる大きな問いは、その病識欠如が他の疾患の場合と比べて質的差異をもつのか、あるいは量的差異に過ぎないのかということになる。それはまた、分裂病者の病識欠如における非特異的要因と特異的要因を探る問題ともつながる。

梶谷<sup>12)</sup>は、一方で分裂病者における病識欠如の非特異的要因として、人間が本来的に半自覚的な傾向を内在しており、このような傾向が自覚をその機能的な中核とする病識の成立を妨げるとともに、力動的見地からも人間心理には防衛機制として病識の成立に抵抗する働きがあることを指摘する。

さらに梶谷<sup>13)</sup>は、他方その特異的要因について、分裂病者のその病前性格、精神病に関わる防衛機制、その基本的障害としての自閉性、社会的阻害につながる孤立性が災いして、社会的、交通的成り立ちを持つ病識の生じがたい点をあげ、また分裂病者が病識においても現実的な洞察と病的和解との両面を動揺するとし、分裂病の人格の病態に対する両面的構えの特異性を指摘する。そして分裂病者の多くは病初のごく短時日、上記の如き両面的構えを示し、しかも病初における不安な妄想気分の体験に対しては洞察が生ずるが、やがて特有の病識欠如の状態に陥り、自ら洞察力を放棄して妄想気分が具体性を与え、妄想世界の加工を行うと述べる。

しかし、精神分裂病の特異性を強調する余り、一般人にも至難な自己洞察を患者に求めすぎるといことは、ありはしないだろうか。分裂病者の病識欠如に関して、特異的要因と非特異的要因の両者を認めること、しかもそれぞれは、その視点に深さの違いがあることを心得ておくことが妥当な線であるように思われる。

## 第3節 排除の理論 (異人という排除現象学<sup>14)</sup>)

これまでは、精神障害に関する医療的な側面からのアプローチを主として展開してきた。しかし実際はこれまでの医療的な側面と同等、あるいはそれ以上に、社会学的側面のウエイトが占める割合が大きい。特に排除という観点は極めて重要な意味をしめる。

世の中には、自閉症者・知的障害者・精神病者といった、排除されつつもなお人間のカテゴリーから逐われていなかったはずの人々、つまり「異人」たちが、そこでは疑いもなく、焼却されるべきゴミと等価な場所に追いやられているかにみえる。異人論のコンテクストから抽出するならば、第1に、近代市民社会が隠蔽してきた排除の構造が社会の表層に露出しはじめていることであり、第2に、排除の構造が精神医学と密接に関連していることである。第3には、私たちの居住空間にどのような形で排除の構造が組み込まれているか、という問題をあげることができる。

精神障害者を「異人」と見立てることにより、世の中から排除される構造が、無意識のうちに形成されているようである。

## 第2章 障害の受容

障害者は、客観的な障害に苦むだけでなく、主観的な体験としての障害にも悩まされている。客観的な障害を主観的に否定しようとし、落胆しているばかりでは、辛い機能回復訓練などにも立ち向かえない。現状を率直に認め、その地平から改めて生きる価値を発見したとき初めて、辛いリハビリテーションプログラムにも立ち向かうことが出来る。これを「障害の受容」という<sup>15)</sup>。この章では「障害の受容」についての概念をおさえ、リハビリテーションのアプローチから考察する。

### 第1節 障害受容の概念

村田<sup>16)</sup>は「リハビリテーションについて招きやすい誤解がもしあるとしたら、その目標が働くことや仕事に就くこととほとんど同義語的に考えられやすいということではないか」とし、当時の作業療法や生活療法へのアンチテーゼとして、障

害受容論を展開した。それによると、リハビリテーションの主要なテーマの1つとして、「障害の受容」と「自己価値の再編」があるとし、この「障害の受容」も、患者のみならず治療者との「相互受容」によって初めて成立するものであることを説いた。そして、「リハビリテーション過程においては彼らの抱く自己像を修正し新しい立場をいかに受け入れさせてゆくかということが日常的実践的な課題となる」と指摘した。この障害受容は、「新たな無為」に陥らないように「何らかの価値を見出す」ことがリハビリテーションの重要な課題であるとした。

さて、リハビリテーションは大きく発展してきた。特に最近の障害論にあっては、障害部分だけでなく、健康部分も同時にみること、リハビリテーションにあっては、この健康部分を膨らませることが有効であること、障害者への見方も一市民として見るものへと変化していることなどがある。

しかしながら、村田の「障害受容論」が、実際の臨床場面では障害者の希望を「高望み」として諦めさせる援助と受け取られている傾向が見られる。

このように障害受容論が消極的に受け止められる要因には、村田自身も指摘しているように挫折体験が前提になることによって「新たな無為」に導く可能性もあり、これを当然視する待機主義的傾向をもたらしてしまうこと、「障害受容」という言葉に比べると「自己価値の再編過程」は耳に入りやすく、村田の本意ではないが「再編過程」への援助が軽視されやすいことなどがあるのではないか。

臺<sup>17)</sup>は「障害の受容には『あきらめ受容』と『立ち向かう受容』があって、私は後者の支持者である」とし、「不自由を治療者も患者も相互に受容した上で、『あきらめる』のではなく『立ち向かって』いくなかでやれることを探し工夫しようとする」生活療法を目指している。

## 第2節 精神医療ユーザーレベルでの障害受容

筆者が障害者らと接している中で、次のような会話がよく交わされている。「薬を飲まないと言子に崩す」「今の状態を保つために薬を飲み続け

ている」等である。また、病院デイケア、セルフヘルプ・グループなどの開始のミーティングでは、「調子の悪い人はいませんか？」と決まり事のように司会者からメンバーに投げかけられる。さらに授産所では連絡事項の際に、「明日、外来です」など自己申告するケースが多い<sup>18)</sup>。

以上のことは単にお決まりの台詞としてとらえるのではなく、精神医療ユーザーなりの障害受容であると考えられる。彼らは日常的な内服を通し、また自己の体調と相談し、さらに病院との接点を重要視している。単に「病識がない」という事だけで片づけられない、彼ら自身の「病識感」がこのような言葉で表現されているのであろう。我々が考える以上に、彼ら自身の「病識」の一部であろう。さらに、これらのことは障害を有する人たちが地域で生活する上で、日常的に受容した障害概念であると考えられる。

## Ⅱ. 既存の理論からの脱却

### 第1章 「既存の理論からの脱却」素材

#### 第1節 「体験としての障害」の重要度

筆者は「精神障害者」と呼ばれている方々にとって今一番大切なのは、一般的な処遇に関する研究よりも、個々人がそれぞれどのようなことに苦しみを抱え、その中でこの日本という国の中で現実にどのように生きてきたのか、その事実を明らかにすることだと考える。精神障害を持つ人々のリハビリテーションやノーマライゼーションの必要性が唱えられている昨今において、当事者本人の素顔を明らかにした、精神障害を持つ人々が「健常者」と呼ばれる私たちと同じ人間であるという当たり前のことを確認することが、その出発点ではなからうか。そして、そこから彼らがどのような生きづらさを抱えており、何を必要としているのかを考えるべきではなからうか。つまり、その到達点が支援であり、彼らの自立へとなりうると思う。

体験としての障害は、実存レベルの障害であるとされ、今までその具体的な内容については吟味されることは少なかった。少なくとも既存の理論

の中での検討は皆無に等しい。それだけ体験としての障害を考察するに耐えうる十分な資料がなかったこと、また、それを考察する際の解釈枠組みが存在しなかったことが考えられる。しかしながら、近年当事者自身が共同研究者となって、「体験としての障害」に関する研究が増えつつある。山田が「精神障害者のライフヒストリーは、彼らの語りを再現する有力な方法となりうる。…(中略)…精神病院のオルタナティブとして、生活の場としての作業所と共同住居に注目すべきだろう。そして精神障害者が様々な場所で具体的にどのような生活を送っているのか、その実態調査も必要である」<sup>19)</sup> と言うように「体験としての障害」の重要性が窺える。

## 第2節 脱理論的現実

既存の精神障害に関する理論は、実際の現実としてどのように活用されているのだろうか。常日頃からこの疑問を抱いていた筆者は、今回この論文を書くにあたって、当事者と支援者に正直な気持ちをおつてみたところ、思いもかけない返答が返ってきた。両者とも「そんな理論的なことは考えて生活(あるいは援助)していない」とのことであった。

当事者M氏は、「我々はそんなことを考えて生きてはいない。例えば幻聴とか落ち着かないなどの障害があったとしても、それを気にして生きてはいない。逆にそんなことを考えていたら、楽しい人生なんて送れないよ」<sup>20)</sup> と。一方、支援者は、「当事者と関わった後に、『ああ、こういうのが障害なのだなあ』と思うことはあっても、最初から障害理論で関わることはない」<sup>21)</sup> とのことであった。

また、第8回日本精神障害者リハビリテーション学会ワークショップ<sup>22)</sup> では、フロアから「もう障害受容なんて考えることは止めよう」などの意見が出されていた。しかしながら「障害受容論を話題に出すようになったら、相手との関係がうまくいっていないときではないか」等というような理論と実践との関係を再考させるような意見もあった。

このようなことから、今一度、理論と実践との関連性を改めて考え直す必要性を感じる。

## 第3節 精神障害固有の障害特性

(臺の「生活のしづらさ」<sup>23)</sup>)

精神障害には、今まで述べてきたように障害を包括的にとらえられる構造の他に、精神障害特有の障害特性がある。例えば、就業を阻害する環境因子が存在するという事は、全ての障害に共通する構造として見る事ができても、その実際の中身は障害によって異なることがある。身体障害を有する人の場合は、職場の物理的構造が阻害因子となりうるが、精神障害を有する人の場合は、精神障害に対する偏見などが阻害因子となりうるのである。よって、実際にリハビリテーションを行うにあたっては、障害を包括的にとらえる構造の上に、実証的に個々の障害特性をとらえる必要がある。

精神障害の障害特性一特に精神分裂病の有する能力障害一を表したのものとしては、臺<sup>24)</sup>の「生活のしづらさ」がある。

「生活のしづらさ」は5点にまとめられている。①生活の仕方が下手であること、②人づきあいがまずいこと、③就労能力の不足、④生活経過の不安定性、⑤生きがいの乏しいこと、である。

「生活のしづらさ」は、臺の臨床的体験に基づいて平易な言葉で精神障害の障害特性を表しており、精神障害固有の障害特性を理解する上で有益である。つまり、机上の理論が、いかに実践レベルにつながるかという、この第2部で核心となる部分である。

## 第4節 いわゆる専門職が抱く偏見

目を疑うようなタイトルに感じるが、筆者が「既存の理論からの脱却」の4つ目の視点が「専門家が抱く偏見」である。専門職が抱く障害者に対しての考え方などが自分とは異なることが多々あり、それは本論文作成の域を越え、常日頃から気になっていることでもある。そこでこの節では、偏見の概念をおさえた上で、具体的な例を通じて検討していきたいと思う。

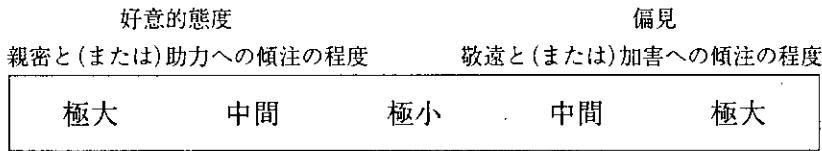


図3 態度連続体上の非好意的反面としての偏見の図解的説明  
(Newcomb 1950 森・萬成訳)

## 1. 偏見の概念

従来の偏見の定義として、Allportの「偏見はある集団に属しているある人が、単にその集団に属していることのみで、その集団がもっている望ましくない特質をその人がもっているとして、その人に対して向けられる否定的な態度である」<sup>25)</sup>とする定義が一般に用いられている。

また、Newcombによれば、「偏見は非好意的態度であり、他の人々や他の集団にとって『有利な』というよりも、『不利な』ように知覚し、行為し、思惟し、感得する傾性である。偏見はあるかないかの性質の問題ではなく、むしろ程度の問題で図3の右半分に示される全範囲の態度である」<sup>26)</sup>と言う。

また、Harding, Proshansky, Kutner, & Chein (1969)は偏見の概念について態度の視点から分析を加え、「偏見は外集団に向けられたネガティブな態度である。偏見は態度の3成分、認知成分(外集団へのステレオタイプ)、感情成分(外集団への嫌悪)、行動成分(外集団への差別傾向)のいずれかについてもネガティブである」と定義している<sup>27)</sup>。

偏見は、一般の人々の間に初めからあるのではなく、専門家などの関係者によってつくられ、知らない間に一般化してしまう。そして我々は油断していると、いつの間にか知らない間に、弱い人、病気の人に対して加害者になってしまうという、人間の本質的な悲しさのようなものがあり、それを自戒すべきではないかと考える<sup>28)</sup>。

以上のように関係者によって作られていることも見逃せない重要な点であろう。

## 2. 専門職が抱く偏見例

ここではいわゆる専門職が精神障害者に対して偏見を抱いていると思われる事例を、本論文作成の期間に限定して、以下の2つを例示する。

### (1) 学会における演題資料回収事件(筆者命名)

2000年9月13日-14日、帯広市にて開催された「第8回日本精神障害者リハビリテーション学会」一般演題「帯広・十勝に暮らす精神障害者の生活実態と当事者活動の現状と課題」にて、発表者からのプレゼンテーションが終了してから、その発表の配布資料を座長の権限で回収した事件である。配付資料には帯広・十勝で暮らす当事者へのインタビュー内容が記載され、その中には当事者の実名が明記されていた。勿論、当事者に対しては事前の確認を得ており、本人も「何かをお役に立てば」と二つ返事で承諾を得ている。ところが「(実名を出すことは)今は構わないが、将来何らかの支障を来すかもしれない」との理由で回収したという。ちなみにその座長は、某大学教員であり、いわゆる学識経験者である。

### (2) 看護職の障害者に対する偏見

ここでは精神病棟で勤務する看護者と、看護学生を教育する立場である看護教員の、それぞれの精神障害者に対する偏見例をとりあげてみる。

2000年8月31日、N市立総合病院精神科ではレクリエーションの一環として隣町であるB町にキャンプをした。筆者は看護学生6名と共に参加した。病棟で昼食を済ませてから出発し約30分で現地に着くと、荷物の運搬や夕食の準備など看護者2名が全て行っていた。その場に残された患者、学生、数人のスタッフでレクリエーションを行った。レクリエーションは学生が企画し、非常に盛り上がった。レク後の自由時間は温泉に入る患者、部

屋でゴロゴロする患者、学生らと散歩に行く患者など各々自由に過ごしていた。その間看護者2名は一生懸命カレーライスを作っていた。

食事の時間になると、看護者の「はい、座って！」というかけ声とともに、皿にもったカレーをテーブルに座った患者の前に次々と流れ作業のように配膳した。食事中は黙々と食べ続け、会話もほとんどなかった。食後は看護者から薬を手渡していた。これまでの過程を振り返ると、患者は座ってからは一度も動かず、全てが看護者によって行われていた。病棟とキャンプ場という場所が変わっただけで、病棟とほとんど変わらない食事風景を目の当たりにした。

一方、学生をレクリエーションに参加させる件で、事前に教務係に報告に行ったら、「えっ、入院患者を外に出して大丈夫なの？ キャンプって料理で包丁使うのでしょうか？ 学生は大丈夫なの？」とのことであった。

### (3) 小 括

偏見例1および2は学識経験者、ならびに医療従事者という、いわゆる支援をする専門家である。

例1でははっきり言って「余計なお世話」という感じであろう。おそらく発表者との間には信頼関係が築かれており、それを踏まえての実名提示であろう。少なからず現状では実名をあげるという形で、学会に参加しているものととらえることが出来る。座長が指摘する将来のことは現時点ではあまり考えていないだろう。実際、学会の場で実名をあげるものが将来的に不利益を蒙るとは考えられない。安達は「私たちの考えの中で操作したりすることではなく、倒れた時に手を貸し、元気な時は身を引いている。それが援助の基本だ」と言っている<sup>29)</sup>。この偏見例では自分の考えをこり押しし、援助の基本を全く無視している。まさに精神障害者に対しての偏見を感じられる例であろう。

一方、例2の看護職者は言ってみれば職務を忠実にこなしている。しかし、その中には障害者が居られる場所は見当たらない。障害者の「遊び」度<sup>30)</sup>につながらず、リハビリテーションにはなっていない。また、同じく例2の看護教員は、精神

障害者に対して誤った知識を有しており、それが誤解を生み、偏見へとつながっていると思われる。看護とはいわば「医学モデル」での教育を受け、病院という入院施設での関わりを中心として行われている専門職である。おそらくその教員も「精神障害者は収容する」時代の精神科のイメージが残っているのではないだろうか。

秋元が、精神病院が旧態依然として慢性分裂病の収容所に留まる限り、かつての癲狂院とか狂院とかと自他共によびならわし、高い塀を設けて、社会から隔絶していた閉塞的状况から脱却することは困難である。そして、そのような状況の下では精神病院は特殊社会であり、そこで働く看護者もまた一般看護者とは異質な変わった存在であるとみられる可能性が大きい<sup>31)</sup>、と指摘するように、看護もまた、その活動範囲と内容を改めていかなければならない。そこで初めて精神障害者に対しての偏見が取り除かれるものと考ええる。

なお、この2名の看護職者を非難するつもりは決してない。この例だけでなく、看護職は比較的日常的に障害者にとって不適切な援助を行っていることがある。それは筆者も以前は感じていたように「何かしなくてはならない」使命感のようなものに駆り立てられる現実<sup>32)</sup>があることから言えるであろう。この看護観というものを一度は捨て去って、障害者と向き合うことが必要だと改めて痛感した。

これらのことから専門家といわれる者が、何らかの偏見を持ち、時にはそのことで障害者の社会性を損なっていることが分かる。

また、専門家を目指す学生の時、つまりインフォーマルからフォーマルな時期に移行する時には、従来ある偏見は一時的に解消される<sup>33)</sup>。しかし、フォーマルな立場で長期間障害者と関わり、また、病院等の特殊な閉ざされた環境下で仕事をするにつれて、一時的に無くなったかに思えた偏見が形を変えて出現してくるのである。逆にそれは、理論を武器にしたことによる無意識の反応なのかもしれない。これらのことも従来の机上の理論と、ユーザー達の生き方との大いなる差異となりうると考えられる。



## 第2章 「既存の理論からの脱却」への手がかり

前章では「既存の理論からの脱却」の材料として、「体験としての障害」の重要度、脱理論的現実、生活のしづらさ、いわゆる専門職が抱く偏見の4つの視点から考えてきた。これらの視点から切り開いていく場面として、当事者そのものの活動であるセルフヘルプ・グループを、また、支援者からの側面を考える上で地域生活支援センターでの実際の支援を追求してみる。

そもそも「体験としての障害」は当事者の能動的な反応であり、実存レベルである。これらを理解するには長期間それも生活レベルを共にすることで初めて理解することができよう<sup>34)</sup>、とあるように一朝一夕では理解することは不可能である。また、山崎（横式）多美子氏<sup>35)</sup>は、筆者に対して「私たちは主治医にも本当のことを言っていない場合もある。本音はそう簡単に話さないよ」と言ったことがある。以上のことから障害の体験を受容する過程、およびその重みを、察することが出来る。これらのことを踏まえて、筆者は約1年半という長期間、当事者といわれる人との1つ1つの関わりの中から、「体験としての障害」に関する考察をしていくことが重要と認識し、それを明らかにした。

「脱理論的現実」は、専門職に対しての辛口の抵抗であろう。理論的枠組みがあろうとなかろうと、生活レベルにはほとんど支障がないことを証明している。ただし、「生活のしづらさ」で言われるように、必ずしもその生活が容易にできると言うことではない。生活のしづらさを感じながらも、セルフヘルプ・グループなどの仲間と共に、一生懸命に生きている姿が見受けられる。

最後に、専門職が抱く偏見を持たないような関わりとは何であろうか。岡上らの「精神障害(者)」に対する態度の研究<sup>36)</sup>によれば、職種の価値や倫理性は各専門職によって異なる。専門的価値は専門家集団によって大切にされている一般的な特徴であり、正式な文書として専門集団の基準を明確に定めている倫理規定にはっきりと表されている。また、価値の対立として、道徳的価値と道徳

に関係のない価値は互いに対立しやすく、その両者は患者の権利や専門職の責務とも対立を起しやす。個人的価値も専門的価値と対立することがあるし、さらに文化的価値の対立を引き起こすということもある<sup>37)</sup>。しかし筆者は、ある障害者から「目の高さが我々(障害者)と同じで、我々のことをよく知っている」<sup>32)</sup>と言われたことがある。つまり、専門職としての価値観を大切にすることは勿論のことではあるが、彼らが何を求めているかは、彼らと同じ視線で考えなければならないのである。そのことが専門職の抱く偏見を解消する一番の方法ではないかと考える。

以上のような切り口で精神医療ユーザーの生き方を考えた結果、Ⅲで述べるセルフヘルプ・グループと地域生活支援センターとを取り上げ、追求することとなった。つまり、精神医療ユーザーの本音の部分、および、彼らが支援者と言われている我々に求めている本当の支援を追求するためには、既存の理論だけの説明では不十分であり、そのために一度既存の理論を脱却する必要があると考えた。

## Ⅲ. 現在の精神医療ユーザーの生き方とその支援

我が国の精神障害者は、辛く困難な時代を、文字通り「地を這うように」生きてきた。その結果が今日のセルフヘルプ・グループとなって花が咲いたものと推測される。

ここではセルフヘルプ・グループがどのような活動をし、それを通じて精神医療ユーザーがどのように生きているか、そして支援者としてどのように関わるのが良いのかという点を中心にまとめてみる。精神障害者地域生活支援センターについても、同様にまとめた。

ここで若干、断りを入れておかなければならないことがある。それはこれから述べるセルフヘルプ・グループや地域生活支援センターでの関わりは、専門職である筆者が行っている。精神医療ユー

ザーに対して一定レベルの援助技術を修得しており、それなりのキャリアを積み重ねている筆者が関わることで、無意識のうちに何らかの援助・支援を行っていることは、避けられない事実である。

それらの点もふまえて、精神医療ユーザーの生き方とその支援を考えていく。

## 第1章 セルフヘルプ・グループ

精神保健福祉分野での最近の心強い変化は、何と言っても精神障害者自身がこれまでの客体的位置から主体的位置に成長してきたことである。つまり精神障害者である当事者が発言し始め、セルフヘルプ・グループが結成され、実際に活動していることである。

この章では現在活躍中のセルフヘルプ・グループを取り上げ、その活動および精神医療ユーザーの生き方を述べていく。今回取り上げたセルフヘルプ・グループはすみれ会、グリーンサークルの2ヶ所である。

2つのセルフヘルプ・グループとの実際の関わりから、次のような示唆を得ることができた。

### 第1節 精神医療ユーザーにとってのセルフヘルプ・グループの意味合いとは

#### 1. セルフヘルプ・グループの存在意義

最初にセルフヘルプ・グループであることの意義を追求していく。セルフヘルプの意味は個人による自助・独立、つまり自立（自律）の意味であり、もう1つは相互援助、共同の意味である。

##### (1) 自立

自立とは、他の助けを借りずに自力でやっていくことである。以下の3つの場面は自立に関するものと考えられる。

（すみれ会副会長を依頼されたことを）よく考えてから引き受けました。初めは困惑と胸ドキドキの毎日でしたが、慣れてきたのか一人前とまではいかないけれども、何となく切り回せるようになりました。…（中略）…すみれ会が成長する過程で自分も以前より成長したなど感じる今日この頃です。〈A〉

この場面は、（副会長になることを）自己決定し、セルフヘルプ・グループの成長と共に、自己の成長も照らし合わせ、自信へとつなげている場面である。

精神障害者運動も発展していくような長い歩みになるように、横式さんが言われるように1段1段階を昇るように、地道に皆さん頑張っていきましょう。〈A〉

この場面は、地味に見られる一步一步の活動が、ユーザー運動の基本となっていることを示している。その一歩が自立への自信へとつながっていく。

S氏の遅刻の理由は、昨日から仕事が始まりその疲れと興奮もあり朝起きられなかったとのことである。そのことをセンター長が筆者に説明しようとしたところ、S氏はセンター長を制し自分で「守村先生に報告したい」と主張する。話の内容は遅れた言い訳だが、仕事に就いたことを評価してもらいたい様子であった。〈B〉

これは、評価の場面である。ある程度自信をもって行ってきたことを、人から評価される。このことによって更なる自信が生まれてくる。

以上のように各場面からの自立が取り上げられた。宮岸は「誰だって認められたいのだ。少しずつ力を引き出して欲しい。説教は嫌いだ。何も建設的な方向に行かないなら、非難する前に一緒に目の前にある困難をどう解決するか考えて欲しい。叱って解決できるなら百万べん叱った方がいい。それに協力を惜しまないこと。それが小さな自信につながる。テングになると思うかもしれない。世間がそんなに甘くないのは自分自身が知っている。誇れるものがない自分はとてもみじめだ。たとえばどんなに小さなものでも誇れるものがあれば生きる糧になる」<sup>38)</sup>と言う。この小さな自信の積み重なりが、大きな自信へととなり、自立へとつながっていく。また、すみれ会は、「自分たちのできることは自分たちの手で」という姿勢を貫き、地域社会の中で「自己決定し、自ら成長するという患者会」である<sup>39)</sup>。

これらのことから、精神医療ユーザーにとってセルフヘルプ・グループにおける自立を考えることができた。

## (2) 相互援助、共同

相互援助、共同の点で、以下の場面を取り上げた。

最初に司会S氏の挨拶。S氏「・・・自分たち、当事者でやっている作業所。そして周りの人に助けられている。でも自分たちが困っているときだけ助けてもらっている作業所でした。・・・」途中でとちりそうになったら会場のどこからともなく「落ち着いて!」「大丈夫だ」とのかけ声があがった。〈A〉

これは30周年記念事業の開始時で非常に緊張した場面である。緊張の中でも自分たちが受けたい援助のことに触れている。緊張を解すかのように声援も聞かれていた。

階段を3段も4段も駆け上がることはなくて、1段ずつ昇っていこう、地に足がつく活動をやっ  
ていこうといつも心がけていました。その当時は  
そうでしたけれども結婚してみると、なにも特別  
地に足をつけなくても、地に足がついちゃって!  
ハハハ(笑い)(拍手喝采!)夫といると3段も  
4段も駆け上がらなくても良いような気がします。  
夫はこの会に参加したかったのですけれども、あ  
いに療養中にて出席できませんが、私にはお似  
合いの旦那だと思っています。これからも彼と二  
人三脚ですみれ会と共に頑張っていきたいと思  
います。〈A〉

結婚し二人三脚になったことにより、安定した生活を営めるといふ相互援助を表している場面である。

すみれ会30周年なのですけれどもその過程において、Hさんという会長さんがいたことを忘れてはならないと思います。(拍手)〈A〉

現在、すみれ会には直接関わっていないが、初代会長として敬意を表し、また同じ仲間として尊敬していることを示しているような場面である。

20周年の時も僕が会長だったんですけれども、

酔っぱらうことが出来ませんでした。1人で緊張していました。それで30周年。今日は酔っぱらっています。(会場から拍手)これもひとえにGちゃんはじめ、Tさん、Nさんが実行委員をやってくれたことに、皆さんから拍手をお願いします。(拍手)すみれ会はこれからも発展していくと思いますので、ご支援のほどをよろしくお願いします。〈A〉

「倒れないでね」という声が、会場から飛び交った。

この場面は仲間意識が非常に強調されている。仲間がいるから喜びを分かち合えるし、酔っぱらうことができる。また、仲間がいるのでこれからも成長し続けるであることにも触れている。「決して無理をするな」という意味の声援も、仲間からのエールであろう。

これらの場面はいずれも、仲間の相互援助が表現されている。仲間同士が支え合うグループとしてのセルフヘルプ・グループの典型的な具体例であろう。その仲間の中に結婚という存在もある。Y氏<sup>40)</sup>は「2人とも、別々でいた時より精神的に安定しています。おこりっぽくなって、あたりちらすと赤しん号、目がきつくなっても赤しん号。食べることと眠ることを中心に生活しています。かかりつけの病院が近いこともあって、ちょっと具合が悪くても2人で病院にかけつけます。診察も2人いっしょにしてもらうので、それまでわからなかったお互いの悩みもよくわかるようになりました」と言う。さらに、O氏<sup>32)</sup>は「結婚する前、2年おきに入院していたけど、結婚してからは8年間入院していない。親と一緒にの時、抑うつで入院していた。今でも落ち込むことはあるが、お互いに片方が落ち込むと相手を思いやり、その結果8年経った。旦那には、親にはない甘え方をさせてもらっている」と言う。このように結婚はまさに支え合いの基本、つまりセルフヘルプ・グループにおける相互援助の基礎単位に相当するものであろう。

また、言葉としては表現されないが、拍手が一番多かったのはこれらの場面である。拍手として媒介を使って、仲間意識を再認識したと思われる。

## 2. セルフヘルプ・グループのあり方

結果から先に述べると、あり方それ自体はどうでも良いと考える。つまり今回調査したすみれ会、グリーンサークルが、それぞれのカラー（文化）を持ち、それぞれ活躍している限り、あり方にはこだわる必要はないと考えた。それでも取えて1つだけ注目するならば、そのセルフヘルプ・グループの存在そのものであろう。存在としてその魅力を次のように語っている。

すみれ会には人を引きつける力がありました。そこにいくと何かがあって、あずましくしていただける力がありました。今もあると思います。〈A〉

一方、文化の観点から述べると、安達は次のように言う。

私たちの障害をもたない世界に近づこうとしている傾向が伺える。そうではなくもっともっと自分たちの世界を活かした生活をして欲しい。なにも健常者と言われる文化の中に、入り込もうとする必要はないのかとちょっぴり思う。〈A〉

また、セルフヘルプ・グループのあり方が、社会にどのような影響を与えるかについて、次の語りが象徴的である。

こんな場所がたくさん出来たらいいなと思います。すみれの幅を広げていくのではなくて、すみれのやり方を学んでいく形で、あちこちに出来たらいいと思います。そうすると世の中がじんわりと変わってくると思います。〈A〉

ユーザー活動の原点は、やはりセルフヘルプ・グループにあると改めて思う。このセルフヘルプ・グループの活動を抜きにして、ユーザーの地域生活を語ることはできない。地域で安心して暮らすことはユーザー共通の希望である<sup>41)</sup>。

筆者はノーマライゼーションの概念からすると、当事者であるユーザーがあらゆる分野に進出すべきであると思う。それを受け入れられる地域社会でなくてはならない。また逆に、地域社会の方も積極的にセルフヘルプ・グループを受け入れなけ

ればならない。ノーマライゼーションというのは、一方的に手をさしのべるのではなくて、障害を持っている人・持っていない人が今までであった先入観、固定観念、常識習慣などの意識の壁を乗り越え、共存を成し遂げていくものだと思う。それらの過程を通じて、お互いの文化を尊重し、認め合うことができるかと考える。それがセルフヘルプ・グループの真のあり方だと思う。

## 第2節 セルフヘルプ・グループに対する支援のあり方

### 1. ユーザーらの期待

彼らは「支援者には何もして欲しくない」、友人であって欲しい、と言う<sup>42)</sup>。N.O氏（すみれ会会長）から「皆との間に違和感が無く、一緒に仲間という感じがして、（守村さんの人柄か）援助者という感じがしない。そういう接し方が医療関係者に我々が求めているものです」というコメントを受けた。つまり、すみれ会に関わってきた、あるいは関わっている専門家は、「いてくれるだけで安心」すると会員達が言うように、上下関係ではなく、共に生きているという側面が強いと言える<sup>43)</sup>

「別に毎日顔を逢わせなくてもいい。会って何か特別なことを話さなくてもいい。俺らが（生活支援）センターにフラッと行くように、顧問も時々来てほしい。『忙しい、忙しい』と決まり切ったことを言われるのはもう嫌だ。たまには一緒に飯でも喰いたい。」〈B〉

ボランティアには普通に接して欲しいという期待も話していた。〈B〉

これらのようにユーザーは、我々支援者に特別のことを期待しているのではない。非常にシンプルで、容易にできることである。しかし「ふつう」という概念で接するのは、意外と難しい。当たり前前のことを当たり前にする。これが支援者に期待することと考えた。

## 2. 支援のあり方

ユーザーが支援者に対して、「ふつう」で「当たり前」の支援を期待しているように、支援者はそれに応えるように支援をしていかなければならない。

### (1) 双方向性の支援—ヘルパー・セラピーの原理

援助とは専門家から当事者への一方通行なものではなく、当事者から専門家への援助も含めた双方向で行われている。よく精神障害とは「関係の障害」であると言われているが、実はそこに関わる職員の方が、精神障害を持つ当事者よりも深刻なコミュニケーション不全に陥っていることがあり、当事者との関わりを通して、そうした自分の問題やその解決方法に気づくことがある。コミュニケーション不全という点では当事者も、精神障害に関わる職員も、さらには地域住民も同じように関係の障害を抱える仲間であり、1人の個人（公私一体）となった関係の中で双方向の援助が生じていると思われる。<sup>44)</sup>

つまり一方通行の支援ではなく、支援することは必ず支援されていると自覚しなければならない。間違っても「支援している」と思い過ぎると、その支援は本来の支援とはならない。

### (2) 必要なだけの支援

これは、援助者が関わり過ぎないことの意味も含まれる。

概して精神障害を持つ当事者に関わる職員は、援助という名のもとに、当事者自身が担わなければならない責任まで引き受けてしまうことがある。精神科医療自体、保護的な世界であると言われているが、特にセルフヘルプ・グループと専門職（専門家）は依存関係に陥りやすく、専門職はグループを支配しやすい。人を援助することを職業としている人たちには、援助したがる傾向があり、人を助けることによってこちらのバランスをとっていることが多いとも指摘されている。これは、いわば援助を行う人間が陥りやすい落とし穴であろう。<sup>44)</sup>

安達は「専門家の人は何でもおんぶにだっこで、そんなことをしたら自立性や自発性を損なうと言う。だけれど隣の人が熱を出してウンウン唸って

いたら、お粥を作って持っていきじゃないですか。専門家の人は熱が出たときに手を貸さないで、元気なときに手を貸す人が多いじゃないですか。そうではいけないと思う」<A>と言う。

必要な時に、必要なだけの支援が求められるのである。

### (3) 筆者が考える支援とは

以上のことから筆者なりの支援を考えてみた。分かり易くするために、具体的な場面を想定してみた。

例えば、障害を持った人が、歩いている途中で転倒したとする。転んだくらいでは筆者は手を貸さない。なぜなら彼は立ち上がれるからである。しばらく立ち上がれなくても焦らずじっと待つ。それでも立ち上がれず、手を差し出してきた時に初めて、手を差し伸べ立ち上がるのを支援する。また、その歩いている彼が、突然走り出しても追いかけてはしない。視界に入らなくなったり、あるいは、気を感じなくなった時に、初めて追いかける。

ちょうどパラリンピックなどで長距離を走る視力障害者の伴走者のように、決して自分のペースを相手に与えず、また、風のような存在でありたいと考える。そこにセルフヘルプ・グループへの支援を追求した。

## 第2章 精神障害者地域生活支援センター

道北地域生活支援センター<sup>45)</sup>は、食堂だった店舗を改装して約80畳の広さに調理場があり、談話ができるようテーブルと椅子、畳を敷いた小上がり、カウンターが置かれている。さらに、静養室兼相談室用の和室、事務所も設け、広い場所でゆったり過ごせるようにしている。電話相談は24時間体制で対応している。面接は予約制で、希望により訪問も行う。生活全般、年金や生活保護など制度、仕事、住宅、生活で困っていることなど、様々な相談に応じている。

また、センター内には情報誌、掲示板には暮らしにかかわる情報の提供、各地の共同作業所や授産施設の作品を展示販売して活動を紹介している。

開所してから、1日平均10名程度の利用者が訪

れている。相談は勿論、その場にいる人同士一緒に食事を作ったり、お茶を飲みながらおしゃべりをしたりと、利用者はリラックスした場で時間を過ごすことができる。

地域生活支援センターの実際の関わりから、次のような示唆を得ることができた。

## 第1節 精神医療ユーザーにとっての地域生活支援センターの存在

### 1. 集まって、語れる場

文字通り利用者が地域生活支援センターに集まり、何でも話せる場である。具体場面として以下の3つをあげる。

利用者S氏「大工の仕事をやっていたが、この病気になるってクビになった。再就職しようにも職がない。長時間働くと疲れる。薬を飲むと眠くなるし、ボーとして集中できない。昼休みに薬を飲んでいて何の薬か聞かれる。昼休みの会話がな

い。」<C>

利用者N氏「先生、愛称が決まったよ。『いきぬき』だってさ」

筆者「へー、私の投票した『たまりば』は採用されなかったんだね」<C>

午後から麻雀をする。早朝のノーベル賞の話から、利用者N氏「守村先生も精神病を治すことでノーベル賞をとってよ。俺の身体、人体実験しても良いよ」と。<C>

このように世間話から、現実的には不可能に近い話（ノーベル賞）まで好きなことを話している。そのような意味では、単に「たまり場」ではなく、好きなことを話せる「いきぬき」の場の方が相応しいと言えよう。

### 2. いつでも開いている、誰かが居る場

かつて某コンビニ（コンビニエンス・ストア）のキャッチコピー・フレーズに「開いてて良かった」というものがあつた。まさにいつでも開いて

いるコンビニのような存在である。また、安心感を与える存在として誰かが居るということが意味を成す。それが家族のような親近感の湧く存在であれば、なおベターであろう。

筆者は留守番を依頼され、生活支援センターにて時間を過ごす。その内、利用者O氏が現れる。「おっ、留守番ですか？ こだわりコーヒー飲みますか？」とコーヒーをおとしてくれた。<C>

精神医療ユーザーにとっては地域生活支援センターにいるのは、必ずしもその職員でなくても構わない。つまり自分のことを知っていて、話をしたり、一緒にいても安心できる相手が居るということが重要なのではないだろうか。それは支援者と呼ばれる人間でなくても良いのではないか。時には精神医療ユーザーでも構わない。要するに支援センターというハード面でのシステムに、人というソフト面が組み込まれていることが大切なのである。

### 3. 自分たちで考え、自分たちでつくる場

利用者N氏「先生、愛称が決まったよ。『いきぬき』だってさ」

筆者「へー、私の投票した『たまりば』は採用されなかったんだね」

N氏「そうなのさ。でもみんなで決めたことだから、文句も言えないでしょ！」<C>

昼食時、利用者S氏が「やっぱジンギスカンはビールでしょ？」とセンター長に打診する。

センター長「本来、アルコールは18時以降だけでも、ここのルールは利用者みんなで決めるもの。どうしようか？」と投げかけた。

数名から「いいんじゃない」との回答。

センター長「じゃあ、レクということで今回は飲みましょう」と言い、希望者数名は各自お金を出して缶ビールを飲み始める。<C>

今日の昼食は肉うどん。うどんは最近胃の調子が良くない利用者W氏のために、職員と考えて決めたという。<C>

このように自分たちの「いきぬき」の場である地域生活支援センターを、自分たちのルールや規範で決めていくのも、自己決定能力を高めていく要因と成りうる。ここで見逃してはいけないことは、いずれの自己決定にも陰ながら支援者の存在があることである。この点は次項で触れる。

#### 4. 自分の存在・役割を活かせる場

利用者W氏は主婦だが、家庭でもあまり台所に立たないらしい。職員は電話の対応をしており、W氏1人で厨房に立ちすくんでいる。

筆者「何か出来ることがあれば、手伝うから言って」と声を掛けると、

利用者W氏「じゃあ肉とタマネギを炒めて」と依頼される。

その後2人で相談しながら肉うどんはできあがる。終了後、利用者W氏「初めて先生と一緒に作った。またよろしくね」と。<C>

筆者、利用者の意見を聞いて、昼食はラーメンを作ることにする。注文を聞くと塩味、しょうゆ味、大盛り、小盛り、卵入りなど9名ともバラバラである。

筆者「聖徳太子ではないので覚えきれないよ」と言うと、利用者A氏それぞれに聞いてメモ書きしてくれた。

その後、利用者A氏「何か手伝うことありませんか？」と言うので、どんぶりを並べ、あがった麺にシナチクを並べることを依頼する。利用者A氏は忠実に仕事をこなしていた。<C>

このように精神医療ユーザーは全てを任されるのではなく、自分ができる範囲であれば充分活躍できる。また、自分の存在を認める意味でも地域生活支援センターの存在は大きい。

以上のように、従来まで駒不足だった社会復帰へのステップ場所の1つとして、地域生活支援センターの存在がある。そこで生き活きと自分らしさを取り戻し、自信をつけ、社会に参加する。そのことが精神医療ユーザーにとっての支援センターの意味合いと考える。

## 第2節 地域生活支援センターにおける支援のあり方

当初、ソフトボールの予定だったが前日からの雨でグラウンドコンディションが悪く、屋内での球技大会となる。その会場を確保するために利用者S氏が積極的に調整をしていた。支援センターの関わりとしては下見に一緒に行ったり、連絡がなかなかつかなく焦る当事者に落ち着かせる関わりをしていた。

当日は、30名余りが参加。バレーボール、卓球、バトミントン等各自汗を流した。休憩は適宜充分（汗が乾くほど）入れていた。会場までの車で約20分の移動はセンターのバス1台、大学のワゴン車1台で行った（筆者は運転者）。また、昼からジジスカンを予定していたが、運動に参加したくない利用者4-5名は買い物、野菜切りなどの準備を担当していた。センターに残り番の1人の職員がそのフォローにあっていた。

昼食時、利用者S氏が「やっぱジジスカンはビールでしょ？」とセンター長に打診する。

センター長「本来、アルコールは18時以降だけでも、ここのルールは利用者みんなで決めるもの。どうしようか？」と投げかけた。

数名から「いいんじゃない」との回答。

センター長「じゃあ、レクということで今回は飲みましょう」と言い、希望者数名は各自お金を出して缶ビールを飲み始める。<C>

利用者W氏は主婦だが、家庭でもあまり台所に立たないらしい。職員は電話の対応をしており、W氏1人で厨房に立ちすくんでいる。

筆者「何か出来ることがあれば、手伝うから言って」と声を掛けると、

利用者W氏「じゃあ肉とタマネギを炒めて」と依頼される。

その後2人で相談しながら肉うどんはできあがる。終了後、利用者W氏「初めて先生と一緒に作った。またよろしくね」と。<C>

このような場面に象徴されるように、地域生活支援センターの支援者は常にそこにいる存在であ

り、決して口出しせず、時には利用者の水先案内人であったり、コーディネーターとしての役割を担うことになる。すみれ会M.M氏は、「歌舞伎において主役は僕たちだ。大根でもいいから二枚目の花形役者だ。支えている関係者は黒子だ」<sup>46)</sup>という持論を、患者会の会合、講演、出張講義などで唱えている。それに対して、専門家たちの一部から「それなら援助者は不要なのか」という意見が出るという。この専門家たちは、援助者としての主体性を全否定されたと見るらしい。M氏は「玉三郎が踊っている時にパッと扇子を渡す絶妙なタイミング。それが黒子の醍醐味。同じ舞台の上に立っていることは間違いない。主役だけでは幕が開かない」と明確に言う。人形浄瑠璃の黒子は人形を操り、人形には意志が無く、黒子の技で人形が生きる。M氏が言うのは歌舞伎の黒子である。歌舞伎の主役は人形ではなく、人である。精神障害者という主役がいて、不足の所を助けるのが援助者だという。「援助をもらうにしても必要なときだけ、必要な量だけ欲しい。それを選択するのは僕たちだ」とM氏は言う。言うまでもなく、支援センターの主役は精神医療ユーザーであり、黒子はスタッフである。

この節では、道北地域生活支援センターでの精神医療ユーザーおよび支援者との関わりの中から述べてきた。対象施設を限定したことによる若干の偏りは免れないが、根本的に生活支援センターの目的や理念については、他の施設とも差異はない。今回調査した帯広や苫小牧など他の生活支援センターにおいても、同様のことが言えると推測されることを補足しておく。

#### IV. 考察と結論

##### 第1章 障害概念と受容の再検討

障害概念、また本論文中では机上の理論とも呼んでいる理論は、主として医学モデルからの理論であった。蜂矢<sup>5) 6) 7) 15)</sup>らは医学的に障害をとらえ、本来は目に見えないはずの精神障害を個人の内部に据え置き、理論を構築していった。ま

た、病識論も内なるものの欠如として考えられている。一方、排除の理論では、異質なるものとして他との比較において述べられていた。

つまり従来の机上の理論においては、外から内への視点で精神障害というものをとらえている。筆者は図4に示すように、ちょうど「ゆで卵」のようなものに喩えた。

ゆで卵そのものが、障害をもつ、あるいは障害を体験している精神医療ユーザーであり、黄身(卵黄)の部分が健康に相当する。卵をゆでる過程(治療、リハビリテーション、生活など)により白身の形状(固さ、色など)が若干異なるが、どの卵にも必ず白身(卵白)、つまり障害は存在する。また、どのような方向に切ったとしても(各諸理論の切り口・視点においても)、必ずその人の内部に白身という障害部分が存在する。図4は障害概念、病識論、排除の理論などという各理論・視点で障害者をもて、必ず障害部分を通して健康部分を見ているという外からのアプローチを示した図である。

しかし実際のところは、果たして精神障害者の健康部分まで見ているかどうかは分からない。健康部分に到達していない可能性も込めて、図4の矢印はギリギリのところまで健康部分に到達していないことを示している。

一方これに対して、精神医療ユーザーの生き方や自立など、実践面での視点から考えたらどうなるであろうか。それを図式化したのが次の図5で

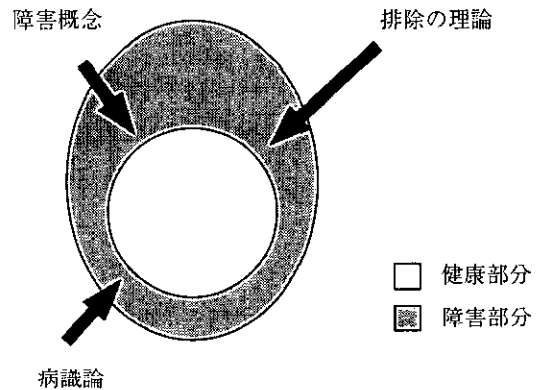


図4 精神障害者に対しての外からのアプローチ



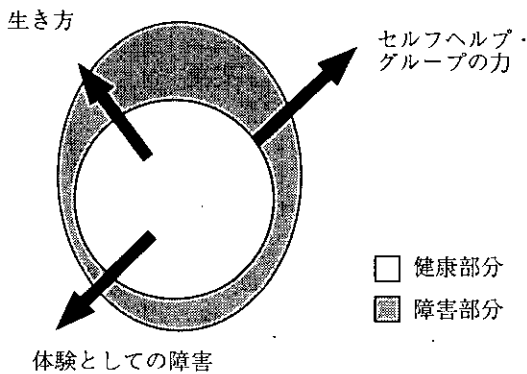


図5 精神障害者の内部からのエネルギー

ある。

図4と同様に、内部の白い部分が健康面で、それを覆っている網掛け部分が障害である。精神医療ユーザーとの関わりを通じながら本論文で追求したのは、矢印で示した内部からの力である。外部を覆う「精神障害」という固い殻を打ち壊すように、内部からのエネルギーが湧き上がってくる。ちょうど「打ち上げ花火の尺玉」<sup>47)</sup>のように打ち上げ筒（精神病院）から夜空に舞い上がり（地域に戻り）、内部の爆発力が外の玉皮（障害）を突き破り、華麗な花火を演じる。その爆発力は体験としての障害として受容する力であったり、彼らの生き方であったり、セルフヘルプ・グループの力となるのである。

また、図4と比べて健康部分が大きくなっていることは、内部からのエネルギーにより相対的により大きくなったことを意味している。

このように外からのアプローチと、内部からのエネルギーという二極性を持っていることが、今回明らかになった。このことが、筆者が長年こだわり続けた二極性から生じるギャップであろう。さらにその二極性を1つの図に示しているのが図6である。

図6で示された二極性の矢印がぶつまっている面が、セルフヘルプ・グループや地域生活支援センターが関与している部分とも言える。障害概念で障害を問われても、「我々はそんなことを

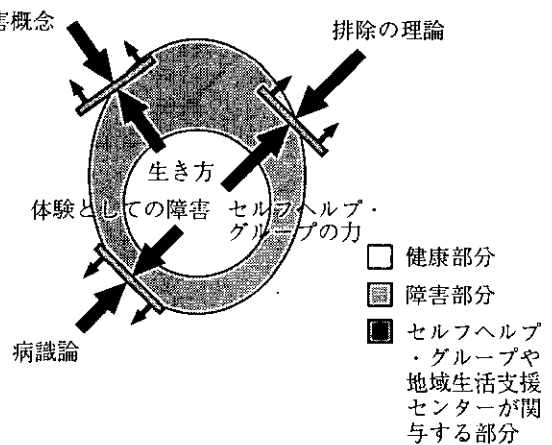


図6 精神障害者に対しての二極性からのとらえ方

考えて生きていない」と自分たちの生き方を貫き、また、病識がないと言われていても「体験」として障害を持ちながら生活している。さらに、排除の理論により働く場を失ったとしても、セルフヘルプ・グループの力により社会参加している。図6でも分かるように、その二極性の矢印がぶつかり合った面で、セルフヘルプ・グループや地域生活支援センターが関与し、内部からのエネルギーを外へ放出する役割を担っている。その外へ放出する力の補助的な意味で、セルフヘルプ・グループや地域生活支援センターが関与する各部分の両側に小さな矢印を示した。

## 第2章 精神障害者の自立と支援

前章の「障害概念と受容」との関係では、時間的な経緯は表現されていない。つまり時間軸に対して輪切りにとらえ、ある一時的な関係性を述べたものである。これに対してこの第2章では、精神医療ユーザーのライフ・サイクルを通じて、自立と支援を考えていく。

図7は、人のライフ・サイクルを自立と支援の関係性で示した図である。乳児期では授乳、おむつの替え、沐浴など全ての面で援助・支援を要する。それから成長発達するにつれ、援助・支援は少なくなり、自立度は増す。しかし、成人後期以降、加齢とともに身体機能の衰えがみられ援助・支援が多くなっていく。ただし点線より右の支援

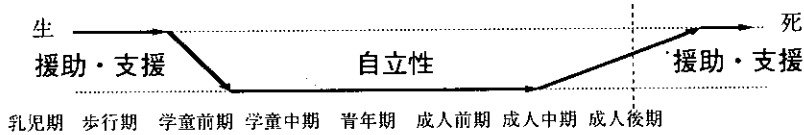


図7 「自立と支援のバランス理論」からみた人のライフ・サイクル

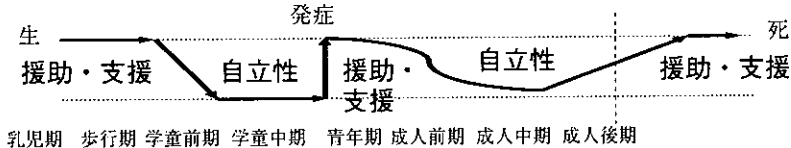


図8 「自立と支援のバランス理論」からみた精神医療ユーザーのライフ・サイクル

は、乳児期の支援とは次元が異なるものであることは言うまでもない。

これら一連の過程を示した図から明らかになる自立と支援の関係性を、筆者は「自立と支援のバランス理論」と命名することとした。

一方、図8<sup>48)</sup>では、精神分裂病の好発時期といわれている青年期に発病したケースを描いた図である。学童期にある程度自立度が高まった頃に発病し、再び援助度の占める割合が増しバランスが逆転する。しかし、その後徐々に自立度が増し、限りなく基線には近づく。基線には近づくが0（ゼロ）にならないことは、「支援者には何もして欲しくない」、友人であって欲しい<sup>42)</sup>と言うように、「いる」という存在であり、また第1章の精神障害者の内部からのエネルギーに相当する。その後、加齢とともに援助度が増していく

この発症からの曲線は、後に説明する「支援者の援助・支援と精神医療ユーザーの自立性」に関与してくる。

### 第3章 まとめ

#### 第1節 セルフヘルプ・グループと地域生活支援センターとの差異

この節では、セルフヘルプ・グループと生活支援センターとの差異を考えてみたい。単純に比較するために表にしてみた。(表1<sup>49)</sup>参照)

このように入会形式が共通している以外、セル

フヘルプ・グループと地域生活支援センターとでは、微かな差異が見られている。

地域で生活する精神医療ユーザーにとっては、セルフヘルプ・グループと地域生活支援センターのどちらの存在も重要であり、欠かすことが出来ない。どちらを選ぶのかはユーザーが選択する権利によるものであり、勿論両者を選んでも構わない。逆に選択ができるだけの社会資源が必要との提言がされよう。

#### 第2節 社会復帰体系図における位置づけ

前節でセルフヘルプ・グループと地域生活支援センターとの位置づけを整理してみた。ここでは、それらの存在と精神医療ユーザーとの関係を整理してみることにする。

図9<sup>50)</sup>は厚生省(現・厚生労働省)の精神保健課が作成した地域リハビリテーションの行政的模式図である。図の左側に記されている「精神病院」を退院した精神医療サバイバー(この図では行政用語のため、「回復途上者」と表現されており、

筆者はそのように呼ぶことに非常に抵抗を感じている)は、中央部分のあらゆる社会資源を活用し、右の「社会復帰」へ進んでいく。その過程が左から右への矢印(→)として表現されている。

この図9にはセルフヘルプ・グループが位置づけられていない。セルフヘルプ・グループは、家

表1 セルフヘルプ・グループと地域生活支援センターとの差異

	セルフヘルプ・グループ	地域生活支援センター
目的	相互援助を通じてメンバーの問題改善につとめ、より効率的な生き方を求めている	地域で生活する精神障害者の日常生活の支援、日常的な相談への対応や地域交流活動などを行うことにより、精神障害者の自立と社会参加の促進を図る
入会	オープンに受け入れている 多くは登録制をとっている	
運営方法	自分たちでグループを運営。 専門職の支援は受けるが専門職の参加は限定されている。	精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホームに附置する
援助・支援	メンバー達が各々の力で相互援助し、専門職のサポートはあくまで補助的であること	スタッフとして専門職(常勤PSW 1名を必ず含み、4名以上)が配置されて援助・支援している
設立	メンバーによって設立、専門職が手を貸したとしても、初期のきっかけづくりのみである	障害者プラン(ノーマライゼーション7か年戦略)「精神障害者地域生活支援事業」による
安定性	グループメンバーに左右される。	安定している。

族会や精神保健ボランティアなどのインフォーマルな社会資源は含まれていない。図9はあくまでフォーマルなものを体系化したものである。

ここで筆者は、図9に対して以下の3つの批判をする。

1つ目として、用語の改変である。先にも触れたように「回復途上者」という表現は、今まで述べてきたことからすると逆説的な表現である。いたってネガティブに感じられる。ここは精神障害

の体験者という意味でも「精神医療ユーザー」と改めたい。

2つ目として、矢印の意味合いである。図9では「社会復帰」に向かって右へ進んでいる。筆者はそうではなく、矢印そのものが「社会復帰」であると考えます。つまり、社会復帰に向かうことだけではなく、社会復帰を目指すその過程も含めて、広範囲に社会復帰と考えている。さらに筆者は精神病院に入院しても、急性期を脱した段階から、

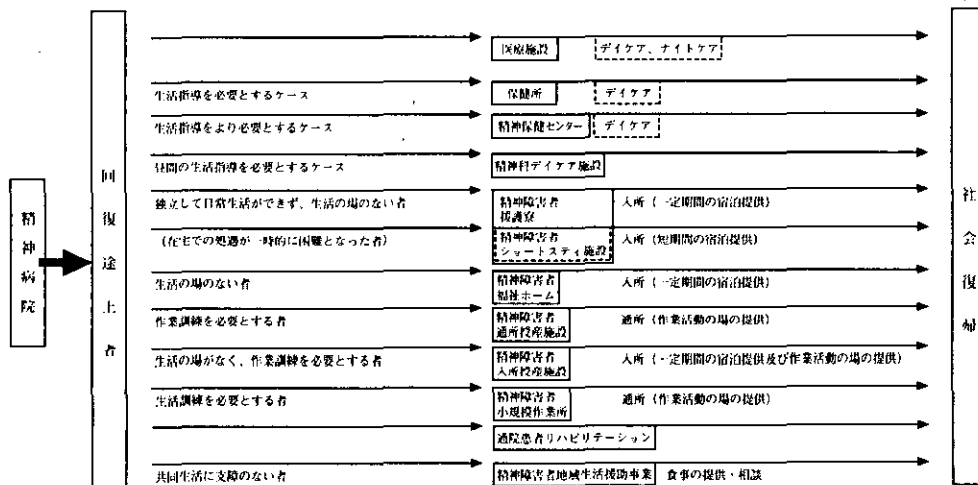


図9 精神障害者社会復帰体系

社会復帰は始まっていると考えている。そのため、矢印の開始を引き下げた。

最後に3つ目としては、図9への追加および修正がある。第2部の精神保健福祉の歴史で述べた「医学モデル」と「保健・福祉モデル」を対極的に示す矢印と、セルフヘルプ・グループなどのインフォーマルな社会資源を付け加えることである。これは「精神病院」という医学モデルから、「地域生活援助事業」という保健・福祉モデルへと移行していく過程を、社会資源を段階的にずらすことで表現した。後者はフォーマルな社会資源と区別するように丸で囲んで表現した。

このような批判をふまえて、筆者が考える精神障害者社会復帰体系を図10に示す。

前章で筆者は、ライフ・サイクルにおいての「自立と支援のバランス理論」を唱えた。図10の社会復帰体系図においての位置づけでも同様に、「自立と支援のバランス理論」を取り入れてみた。それぞれの社会資源の位置づけを曲線に描いたのが図11である。これは、支援者の援助・支援と

精神医療ユーザーの自立性との割合を示したものである。その境界線は右下がりであり、かつ、連続的である。そして右下は限りなく0（ゼロ）に近づく。0（ゼロ）にならないことは、セルフヘルプ・グループが支援者に期待すること（第3部第1章参照）などから表現した。

この図11から、支援者が必要以上に手を貸すこと、つまり左へシフトすることは、精神医療ユーザーの自立性や自発性を損なう結果となることが容易に分かる。精神医療ユーザーが社会復帰を目指し、右へシフトすることは、彼らの自立性や自発性を高めることとなるのである。

以上のように、第1章では、外からのアプローチと、内部からのエネルギーという二極性を明らかにすることができた。続く第2章では、ライフ・サイクルという時間的経緯のもとで「自立と支援のバランス理論」を導き出した。その「自立と支援のバランス理論」を第3章では、社会復帰体系図にも応用することができた。

今、改めて図8と図11の右下がりの曲線に注目

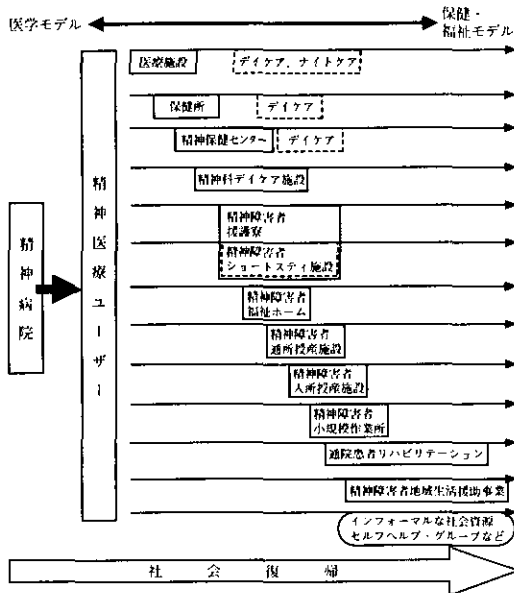


図10 筆者が考える精神障害者社会復帰体系

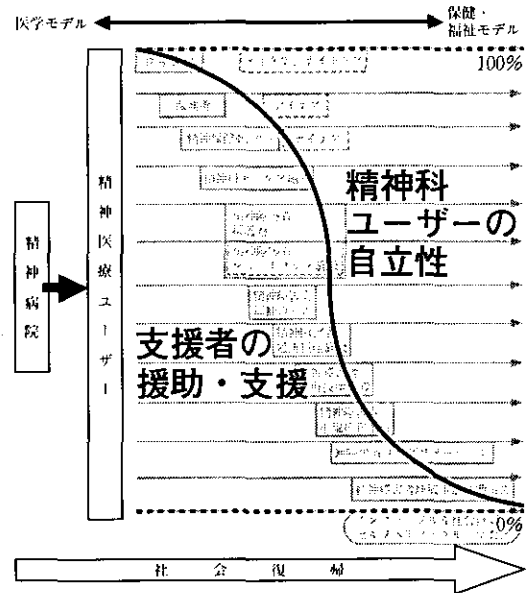


図11 身体拘束廃止に向けてのこれまでの経過

してみると、実は同じカーブを描いていることが分かる。このように考えると、「自立と支援のバランス理論」、つまり支援者の援助・支援と精神医療ユーザーの自立性との割合は、どの次元でも、どのような状態でも活用できることが考察された。

精神障害者の自立と支援については、常にそのバランスを考えながら検討していかなければならないことが示唆された。

## おわりに

本論文では「精神障害者の自立と支援—障害概念と受容の再検討」というテーマで、「自立と支援のバランス理論」を唱え、考察してきた。机上の理論を実践理論で関わせた本論分自体も、机上の理論になる危険性もあることを熟知しておかなければならない。しかしながら、このような両極的な視点からの研究は、極めて希薄である現状では、本論文も一定の意義を持つものと考えている。

論文作成にあたり、先輩達の諸理論を読み、時には頭を悩ませ、また時には知として修得し、活用させていただいた。しかし、一番学んだのは精神に障害を持つといわれている障害者からである。体験者でなければ分かり得ない世界は一種独特のものであり、それが彼らの生きている世界なのである。その世界と我々の世界には、何らかの違いがありそうである。

本論文でとりあげたセルフヘルプ・グループは、極限られた範囲であり、その他のセルフヘルプ・グループを調査・探求し、総合的に把握することは、今後の自分にとっての課題となろう。いずれにしろ、精神に障害を持つ人々との関係は、研究者と研究対象者ではなく、共同研究者として今後の精神障害者研究をすすめていきたい。

註；

- 1) 1918年、呉秀三「精神病者私宅監置ノ状況及ビ其統計的観察」の中の、「我邦十何万ノ精神病者ハ実ニ此病気ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生マレタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ」から、「二重の不幸」という観点を引用した。
- 2) 野中猛；保健・福祉分野におけるセルフヘルプ・グルー

- プ活動の意義と現状、OTジャーナル、Vol. 34 No. 7、p. 717、2000
- 3) 上田敏；障害の概念と構造—身体障害者のリハビリテーションの経験から、第3回精神障害者リハビリテーション研究会報告書、pp. 114-124、1996
- 4) 上田敏、大川弥生；リハビリテーション医学における障害論の臨床的意義、障害者問題研究、第26巻第1号、1998
- 5) 蜂矢英彦；精神障害論試論—精神科リハビリテーションの現場からの提言—、臨床精神医学、10、pp. 1653-1661、1981
- 6) 蜂矢英彦；「精神病」と「精神障害」の概念について考える<3>、ぜんかれん、1986年10月号
- 7) 蜂矢英彦；精神障害における障害概念の検討—リハビリテーションをすすめる立場から—、障害者問題研究、44、pp. 9-22、1986
- 8) 蜂矢英彦、村田信男；精神障害者の地域リハビリテーション、p. 26、医学書店、1989
- 9) 前掲8)、p. 32
- 10) 前掲4)、pp. 9-10
- 11) 吉松和哉；総説、精神科治療学、3 (1)、pp. 7-10、1988から引用、一部修正して用いた
- 12) 梶谷哲男；精神分裂病の病識欠如について（その1）—その非特異的要因についての考察—、精神医学、5、p. 871、1963
- 13) 梶谷哲男；精神分裂病の病識欠如について（その2）—その非特異的要因についての考察—、精神医学、5、p. 981、1963
- 14) 赤坂憲雄；排除の現象学、洋泉社、pp. 173-174、1986
- 15) 蜂矢英彦、村田信男；精神障害者の地域リハビリテーション、医学書院、pp. 28-34、1989
- 16) 村田信男、川関和俊；精神障害者の自立と社会参加、創造出版、pp. 166、1999
- 17) 臺弘；三つの治療法、精神科治療学、5、p. 1573、1990
- 18) 筆者が関わる北大病院デイケア、すみれ会（いずれも札幌市）、道北センター福祉会緑ヶ丘授産所（名寄市）にて、精神に障害をもつ人々と接する中で得られた情報の一部である。
- 19) 山田富秋；障害学から見た精神障害—精神障害の社会学、石川准、長瀬修；障害学への招待—社会、文化、ディスアビリティ、p. 304、1999
- 20) 筆者が「すみれ会」に行った際に、直接M氏から聞いた言葉である
- 21) 筆者が道北地域支援センターで出向き、直接所長から聞いた言葉である
- 22) 2000年9月13日-14日、帯広市にて開催された「第8回日本精神障害者リハビリテーション学会」ワークショップ「障害受容論再考」にて、指定発言者からのプレゼンテーションが終了してからの、フロアとのディスカッション内容である
- 23) 全国精神障害者団体連合会；結成大会宣言、全精連絡

- 成大会&全国交流集会報告集、97、1994.10
- 24) 全国精神障害者団体連合会；ひとりぼっちをなくそう！-精神障害者本人の会、1994.10
- 25) Allport, G. W. ; The nature of prejudice. Cambridge MA :Addison-Wesley.1954 (原谷達夫・野村昭訳；偏見の心理、培風館、1968)
- 26) Newcomb.T. M. ; Social psychology. New York :The Dryden Press.1950 (森東吾・萬成博訳；社会心理学、培風館、1956)
- 27) 山内隆久；偏見解消の心理 対人接触による障害者の理解、ナカニシヤ出版、p8-9、1996
- 28) 大谷藤朗；現代のスティグマ、勁草書房、p192、1993
- 29) 安達克己；そばにいる者はもっとおおらかに、Review 9、全国精神障害者家族会連合会、pp.32-33、1994
- 30) 守村洋、安達克己；精神科病棟に「遊びリテーション」を導入して(第1報)、市立名寄短期大学道北地域研究所年報 地域と住民、第18号、pp.13-22、2000 より「遊び」度を引用した
- 31) 秋元波留夫；精神障害者の医療と人権、ぶどう社、p.191、1987
- 32) 守村洋；精神障害者における社会復帰・社会参加への援助―「北大アイケア」と「すみれ会」という2つの回復者施設を通して―、北星学園大学大学院社会福祉学専攻修士課程 大学院社会福祉・臨床実習報告書(第8号)、pp.80-99、2000
- 33) 守村洋；精神障害者 差別・偏見・スティグマ -精神障害者への態度と精神看護実習を通じての学生の態度の変容、市立名寄短期大学紀要、第32巻、pp.31-41、2000
- 34) 守村洋；第20回日本看護科学学会学術集会、示説発表「精神障害者をもつ人の社会参加と自立に関与する看護の役割―地域で暮らすセルフヘルプ・グループ当事者との関わりを通じて―」から、於東京、2000.12.15-16
- 35) 山崎(横式)多美子氏；1942年生まれ。19歳の時に精神分裂病で入院。すみれ会当初からの活動の中心人物である。1981年北海道のTV局STVが「サンデー九」という障害者問題の番組の中で同氏が出演している。これは、自ら精神障害者と名乗り素顔を出して、マスメディアで広く道民に知らせた最初であった。さらに同氏は、北海道新聞に精神障害者問題に関して1年間連載している。現在、すみれ会顧問、北海道精神障害者回復者クラブ連合会会長など精力的に活動を続けている。2001年、長年一緒に暮らしていた山崎氏と結婚した。本研究でも本人の了承を得て、実名を使わせていただいている。
- 36) 岡上和雄、石原邦夫；「精神障害(者)」に対する態度と施策への方向付け-「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査」より-、季刊・社会保障研究、Vol.21、No.4、pp.373-385、1986
- 37) サラT.フライ、片田範子・山本あい子訳；看護実践の倫理 倫理的意志決定のためのガイド、日本看護協会出版会、PP.10-11、1998
- 38) 宮岸真澄；お父さんへお母さんへそして兄弟へ、どこい俺らも生きている・パート2 -すみれ会会員の体験手配-、北海道大学医療技術短期大学部作業療法学科精神障害作業療法学講義資料、p.17、1997
- 39) 宮岸真澄；自己決定し、自ら成長する患者会、Review 9、pp.42-43、全国精神障害者家族会連合会、1994
- 40) 山崎清二郎；性や恋愛・結婚、前掲46)、p.15
- 41) 前掲16)、p.70
- 42) 大井暢之；平成7年度札幌市地域リハビリテーション研究大会報告書、札幌市身体障害者更生相談所、pp.8-32、1996
- 43) 河野仁志；精神障害者当事者の組織の生成と展開の記録 -すみれ会小誌(1970-1994：札幌)-、北海道大学教育学部紀要第65号、pp.245-269、1995
- 44) 池田望、関戸美子、谷口英治、他；「べてるの家」のフィールドワークを通じて-精神障害者の地域リハビリテーション(第一報)、札幌医科大学保健医療学部紀要1、pp.43-48、1997
- 45) 名寄新聞、2000年4月19日(水)を参考に筆者がまとめた
- 46) 河野仁志；精神障害を「抱え込まれている人」から「抱えている人」への変容に関する体験的小論、忍博次監修、野川道子ら編；ノーマルな社会を築くために -障害者福祉を考える-、中央法規、pp.141-142、2000
- 47) 花火の用語に対しては「日本の花火」のホームページを参照した (<http://japan-fireworks.com/index.html>)
- 48) ただし、この図13では再発などを加味してなく、単純な曲線でライフ・サイクルのみを示している
- 49) カッツのセルフヘルプ・グループの定義、及び、平成12年8月10日に札幌市で開催された平成12年度精神保健福祉士現任者講習会「精神保健福祉論(Ⅰ)」資料より筆者が作成した
- 50) 厚生省の精神保健課が作成した地域リハビリテーションの行政的模式図(江畑敬介；病院リハビリテーションと地域リハビリテーション、こころの科学、67、pp.14-17、1996)

文中の<A>は、すみれ会30周年記念事業、<B>はグリーンサークル副会長S氏との関わり、<C>は道北地域生活支援センターでの関わりを述べている。

この論文は筆者の北星学園大学社会福祉学研究科修士論文「精神障害者の自立と支援に関する研究 -障害概念と受容の再検討を通して-」(2001)を一部、修正および加筆したものである。

# 正 誤 表

北星学園大学大学院論集第5号

頁・行目	誤	正
42頁 右段 最終行	図11 <u>身体拘束廃止に向けて のこれまでの経過</u>	図11 <u>支援者の援助・支援と 精神医療ユーザーの自立性</u>