



研究論文 (Articles)

対人支援関係における専門家の権力性に関する考察

三野 宏 治

(立命館大学大学院先端総合学術研究科)

The Power of the Experts in Supporting Self-determination

MINO Koji

(Graduate School of Core Ethics and Frontier Sciences, Ritsumeikan University)

The users' self-determination has been promoted in the area of welfare for users of mental health and welfare services. The relationship of trust can be established between welfare staff and the users by working together. However, the expert attribute of the staff cannot be erased, but it is actually required, in building the relationship of trust. In order to clarify the elements which structure support, this study extracts the cause of gaps between the attitudes and ideas of the experts and the demand from the users in co-working and counseling work. A participatory fieldwork was conducted to analyze discourse of the staff and the users in a clubhouse meeting. The support act itself contains the aspects of dependency and manipulation. When the experts try to build the relationship of trust and encourage self-determination of the users, the experts' effort emphasizes the aspects of dependency and manipulation which is contained in the support act itself. This problem cannot be solved by just discussing the methods of support. Two things are required: first, to recognize that support act itself consists of manipulating aspect and the experts consists of authority, and second to acknowledge that the experts should follow not just the code but the situation faced by the users of mental health and welfare services.

精神保健福祉において当事者の自立は推奨されるものである。利用者たちと生活場面をともに過ごすことで信頼関係が構築される。ただ、信頼関係を作るうえでも専門家という属性は消すことはできず、むしろ必要とされる。本研究ではクラブハウスのミーティング事例を中心に、参与観察でのスタッフとメンバーの言説を分析することによって、共働作業と相談業務における専門家の姿勢・態度と当事者の要求と専門家の考えのずれの原因と支援行為の構成要素を明らかにすることを試みた。

論考の結果、支援行為には「依存」や「操作」という要素が含まれていること、良好な信頼関係を築き自立支援を促そうとする専門家の行為は、支援行為のもつ「依存」「操作」を強調することになることがわかった。

Key Words : mental health and welfare, power of the experts, users, relationship of trust

キーワード：精神保健福祉，専門家の権力性，当事者，信頼関係

【問題関心】

精神障害者福祉において自立の支援が支援者に求められている。この方向性は「自己決定の促し」という表現のもとソーシャルワーカーをはじめ支援専門職のとるべき態度としても強調されている¹⁾。「自己決定の促し」に関しては社会福祉士養成テキスト

1) ソーシャルワーカーが準ずる原則として、特にバイステック (F.P.Biestek) の7つの原則が知られている。バイステック (F.P.Biestek) は原則の中で個別性の尊重、非審判的態度、共感的理解、誠実な態度、秘密保持、制御された情緒関与、自己決定の尊重をあげている。

『新・社会福祉士養成講座7 相談援助の理論と方法 I』でも重要視されており²⁾、近年では自立と自己決

2) 社会福祉士養成講座編集委員会編『相談援助の理論と方法 I』では次のように記述されている。「クライアントの自己決定を尊重し、それを促すこともワーカーの専門職としての任務である。援助関係から考えれば、ワーカーはクライアントが決定するのを待つのではなく、自分で決定するまでのプロセスにかかわり、寄り添うこと、それが援助である。しかし、クライアントが選択・決定する行為自体が自己決定であると誤解されている向きがある。ワーカーがクライアントに焦点をあて、語られた内容に関心を持つことが、自己決定への適切な反応となる。その結果、クライアントが決定できないこともある。ワーカーはクライアントの補いをする必要があるかもしれないが、それも援助である」(PP75-6)

定をその基本概念としたリカバリー志向という考えが紹介されている。(社会福祉士養成講座編集委員会 編 2010) リカバリー志向とは1990年代後半にアメリカにおいて広がった考えである。リカバリー志向以前の回復は、治療者が「回復した」あるいは「回復途上である」と診断し治療や支援をおこなっていた。対してリカバリー志向では「困難から立ち直ることによって自分の能力に自信を持ち、希望を持って生活し続けられるようにする」ことに主眼が向けられる³⁾。これらの考えを具現化した取り組みにクラブハウスモデルの活動⁴⁾があり、わが国の精神保健福祉分野でもしばしば注目を集めている。

筆者が2009-10年におこなったインタビューでは、これらの専門家の態度に賛成する当事者と専門家の声が聞かれた⁵⁾。他方、「支援者に頼りたい」という当事者の考えも散見され、実際の支援場面においても、当事者の支援者に対する依存的な訴えとその要求を受け入れざるを得ない現状が見て取れた。調査の結果、これら自立と支援をめぐる潮流と実際の支援場面とのズレには支援という行為そのものに「依存」あるいは「操作的」な要素が含まれているためであり、当事者の考える自立にたいして素直に援助できていないのではないかという疑問を持つに至った。

本稿では精神障害者の授産施設と相談施設で行われる活動、中でも共同作業と相談業務における専門

家の姿勢・態度と当事者の要求と専門家の考えのずれに注目する。次に従来の授産施設や相談機関と違った成り立ちを持つクラブハウスモデルを紹介する。利用者と専門家の「パートナーシップ」が強調されるクラブハウスモデルにおける専門家の態度について、参与観察での事例を挙げ論考を重ねることで、対人支援専門職者の専門性が内包する権力性とその形成の過程について考察する。

1 授産施設における専門家の仕事

筆者は1996年から10年余りを精神障害者共同作業所の職員として過ごした。精神障害者作業所及び授産施設に勤務する職員は、メンバーと呼ばれる作業所利用者とともに作業や授産活動に参加し共働することで障害当事者のQOLの向上や生活能力の増進を図ることを求められる。そして作業所においてはメンバーと職員の対等な関係が強調され求められた。

かつて作業所職員の呼称が対外的に社会復帰指導員とされていたことがある⁶⁾。筆者が作業所に職員として正式に採用されたのは1996年であるが、ソーシャルワーカーを自称していた作業所の職員が多かった。これは先に述べた求められた職員の態度と考え方から指導員と呼ばれることに抵抗があったものと推察できるが、「作業所指導員会」という非公式な学習連絡会も存在した。

精神障害者作業所の職員に求められた業務には、メンバーと共に作業活動やレクリエーション活動に参加することや作業その他の活動に付帯される業務⁷⁾をおこなうこと、加えて作業所運営にかかわる

3) 「リカバリー」概念は、2003年のアメリカ大統領委員会勧告 (New Freedom Commission on Mental Health: Achieving the Promise :Transforming Mental health care in America 2003) に記載されている重要な目標でもある。この大統領委員会勧告では、「リカバリー」と「本人中心主義」の実現には様々なプログラムやプランが必要であることが要求されている。(三野 2009) 近年わが国でも注目されている概念である。わが国でも2009年よりフォーラムが特定非営利活動法人 地域精神保健福祉機構・コンボ (Community Mental Health & Welfare Bonding Organization) の主催で開催されている。

4) 一九六〇年代米国の脱入院政策を転機に創設・発展した活動である。自助を基盤としており心理・社会リハビリテーションと位置付けられる。クラブハウス運営に当事者の参加が必須であることや就業訓練としての「過渡的雇用」などの特徴があげられる。詳細は(三野 2009a) (三野 2009b) (三野 2010a) (三野 2011b) で言及した)

5) 「2009年度財団法人大同生命地域福祉研究助成」採択研究。結果と考察は立命館大学人間科学第22号で発表。(三野 [2011a])

6) 精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準 (平成十二年三月三十一日厚生省令第八十七号) 最終改正年月日:平成一八年三月三十一日厚生労働省令第七八号 第一章 総則第十六条 (職員の配置の基準) では精神障害者社会復帰指導員と明記されている。しかし障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス事業においては、作業所の新体系サービスとして考えられる、就労継続支援 A 型 B 型および指定相談支援事業の人員に関する基準では精神障害者社会復帰指導員という名称はない。就労継続支援 A 型 B 型における置くべき職員としては管理者と職業指導員及び生活支援員であり、指定相談支援の事業では相談支援専門員と管理者を置こう事となっている。

7) 作業の調整や準備、業者とのやり取り、工賃の計算と分配などがある。

申請や報告、会計を行うことなどがあった。筆者が職員を務めた共同作業所では内職作業⁸⁾を行っており職員はメンバーとともに内職作業に取り組んだ。

共働には次のような支援者側の思惑がある。職員のアドバイスや準備のもと作業を効率的に行い作業工賃の増幅を図ること、作業を通じた信頼関係を構築し、構築された関係のもとで当事者同士あるいは職員の励ましや生活に関する助言と経験を話し合うことでリハビリテーション効果をうみだすことである。しかし、作業所を利用する当事者にとっての作業の受け止め方は支援者の思惑と違っており、作業所利用が単純に支援を受けるための方法ではないことがわかった。例えば作業をしてもらえる工賃を目的に作業所に来る人達がいる。作業中の会話や昼食時のコミュニケーションを楽しみにしている人がある。また、その人たちは自覚していないが、分析を行うことによって作業所利用の意味づけが出来ることもある。作業を行い自分が作った品物が店やバザーで売られ買われていくところをみる。そうすることで自信や社会とのつながりを感じる。これらは支援者が提供する支援と素直には言えない⁹⁾。他方で当事者と支援者の双方が支援を意識するものとして相談援助業務がある。業務というのは支援者による表現であるが、他障害の作業所ではあまりみられないこの取り組みは精神障害者作業所の職員に課せられた重要な業務であった。長時間作業やその他の活動をメンバーとともに行き、その都度アドバイスをすることは他障害の作業所と同じであろうが、メンバーの生活を観察し相談（個人面談）をすることは精神障害者共同作業所の特徴的な仕事であるといえるだろう。

2 相談に何を求めているのか

精神障害者作業所職員はメンバー個々の経済状況や病歴、生活歴を把握した上で、あるいは把握するために個人面談を行う。また医療機関との連携も日常的に行う。通常、個人面談は個室で行うのだが、内容によっては相談室で行われるべき相談か日常的な会話によって解決されるべきものなのかの線が引きづらいことがある。また、当初作業中にかわされた会話の中で解決していった問題が、メンバーの求めによって個人面談へ変わっていくことも多くあった。例示すると「風呂の掃除をしたくない」や「何となく不安だ」という訴えがそれにあたる。

「風呂の掃除をしたくない」などは特段個人面談という形を取る必要はなく、相談相手も職員である必要はない。「何となく不安である」という訴えに対しては、「聞くこと」はできるが単に「聞くこと」によって解決にいたることは稀だ。つまり面談をしたからといって状況が一変したり劇的に気分が改善したりすることはない。また本来自分自身が決めることを職員に決定して貰いたいという内容を相談するケースもある。「夕食のメニューが決められない。何を食べたらいいか決めてほしい」という訴えには、昨日食べた物を尋ね野菜不足を指摘し冷蔵庫の中身を確認してメニューを提案する。「彼が嫌いだから作業所を辞めさせてくれ。そうしないと具合が悪くなる」といった人間関係に関する訴えも同様であり、何処が嫌いか何をされたかを確認し、良いところを説き作業所のあり方を話す。この種の相談は面談室では解決ができない以前に相談ではない。

この種の話聞き励まし人間関係の調整を行うことを続け、同時に様々な機関の専門家が集まり支援策を話し合うが状況は好転しない。この「相談に乗る」という仕事を続けることは、メンバーの生活の助けになるどころか依存的体質を増大させ生きる力をそいでいるのではないかという疑問を惹起させるに難くない。

他方、医療機関から新たなメンバーが紹介されメンバーの増大と工賃増幅を目標に新たな作業所設立に取り組むことで作業所の数は増えていった。しかし繰り返しの相談は一向に解決を見せない。それど

8) ショッピングバッグ作成をおこなっていた。作業種目は様々であり焼き菓子などの食品製造と販売やリサイクルショップやレストランといった店舗運営などもある

9) 当事者の持つ作業に対する意味については修士論文「精神障害者小規模作業所における作業の意味分析」(三野 2006)で、社会とのつながりを持つ方法、コミュニケーションツール、小遣いかせぎ、副次的効果、一般就労への準備、トラップ(罠)の6項目に分けて考察をおこなった。

ころか同様の相談が新たに設立した作業所でも繰り返された。

3 文脈で理解すること—信頼関係の構造—

相談援助の方法論として「主訴をどのように掴み、捉えるか」という視点がある。このような専門家の取るべき態度は相談援助において重要であると繰り返される¹⁰⁾。この専門家のとるべき態度が重要であることに異議はない。そしてこの原則に照らし合わせると、前述のような訴えをそのまま捉え主訴としてしまうのは問題があるということになる。

前章で例示した訴えに対して専門家はどのような態度でいるのか。先に述べた「聞くこと」で済ましてしまうケースもあるだろうが、多くの場合、語られた内容の背後にある問題点を探し注目しようとするのではないだろうか。背景にある問題を捉えようとする時、専門家は生活場面とともに過ごし観察したうえで判断しようとする。専門家たちは日々の生活を共にするとき、彼らの相談室以外での様子や会話を知り、援助関係の外にいる時にこそ生活者としてのメンバーが見えてくると理解する。同じ人間として接し利用者を多角的に捉える視点が重要であり、そのことは多くの対人支援職者は経験的に知っている。

この支援の規範や経験知は対人援助職者が重要なものとして語り、筆者が行った調査でも聞かれが問題もある。その問題について次に述べる。

文脈で理解するための過程を経ること、つまり利用者たちと生活場面とともに過ごすことで信頼関係が構築される。ただ、信頼関係を作るうえでも専門家という属性は消すことはできず、むしろ必要とされる。換言すると「精神保健福祉の専門家だから安

心できる。専門家だから悪いようにはしないだろう」また「専門家がいるから変なことはできない」という当事者の認識が前提となり関係作りが始まる。この前提からはじまった共働や生活場面での行為では、信頼関係とともに専門家の発言力や権力性もが構築されている可能性は否定できない。

日々の活動によって構築された信頼関係と専門家の権力性は作業所においても見いだすことができ、専門家はその関係を意識的にあるいは無意識のうちに利用し会や作業の円滑な運営の助けとしていることがある。次に例示する事例は、前掲した調査において筆者が行ったあるソーシャルワーカーへのインタビュー記録からである。

メンバーの2人がいがみ合い言い争う。一旦は別の部屋に別れるなどして距離を取るがいつ殴り合いになってもおかしくない場合、私なら一方のメンバーへ「タバコでも吸わないか」話しかけます。たばこを吸いながら昨日のテレビの話や趣味の話に興じる。これはメンバーの怒りを和らげることが目的ではありません。たばこを吸いながら一時的であっても、そのメンバーと良好な関係を急速に強く築くことを目的としています。そしていざ殴り合い寸前のところで、煙草をともにしたメンバーに向かって「私からお願いします。堪えてはくれないか。」と言うのです。そして両者を分かち時間をつくって、つくった時間で煙草の彼には自分が、一方のメンバーは別のスタッフに対応させて話を聞いたり調整したりするのです。

筆者も同様の対応をした経験がある。短時間で強く良好な関係を築き利用することは不可能ではなく、福祉や医療での治療関係では珍しいものではないだろう。そしてその関係性は無自覚のうちに専門家の行動を増幅させることも否定できない。

前掲の調査において、別の専門家は「ミーティングなどではできるだけ話さないようにしている。それは自分が意見を述べるとそれが決定となってしまうかもしれないし、今までの議論が覆る恐れもある。話す時間を与えることが支援者の役割だと思っていた」と述べた。発言を控えることの是非は別として、専門家の発言力や権力性を理解した行動ともいえる

10) 注2で紹介した社会福祉士養成講座編集委員会編『相談援助の理論と方法Ⅰ』においても様々な角度からその重要性が強調されている。例えば「[人とその環境]の交互(相互)作用に焦点を当てて、加えてシステム理論パースペクティブでそれを理論づけることは、結局、次のような意味を持つといえるだろう。

[……]

人-環境を見るときには、援助者からみた客観的環境という側面だけでなく、「その人にとっての環境」という主観的側面を把握しなければならないという視点を得ること。」(p66)

だろう。

利用者の意思を尊重することと専門家の発言力の強さに悩む支援者は多いだろう。当事者の意見が専門家からみて明らかに不利益をもたらす恐れがある。あるいは自他にとって加害的な行為があったとする。そのような場合専門家はどのような態度をとり得るのか。「そうですか。あなたが良いのであればそれで良いです」と言うか。また、当事者にとってあきらかに不利益な行為があったとき、「それでも良い」とその人が言ったらどうするのか。仮に当事者との議論が十分になされていて、それでもなお専門家からみて不合理である（時には生命の危険がある）と思えることでも「それでよい」という意見を述べたらどうするのか。議論を重ねて「わかった、指導員さんの意見を受け入れるよ」といったとしても、それは訴えを基にした決定といえるのか。

次章では支援者と当事者の相互協力関係の下での活動を行っているクラブハウスモデルにおいての、専門家と当事者の関係を見ていく。クラブハウスモデルの特徴は、本人の意思によるプログラムへの参加と、専門家と当事者のパートナーシップをプログラムに反映したことであり国内外の精神保健福祉関係者からクラブハウスモデルが注目されている点でもある。このパートナーシップという関係性を強調し活動の基盤としたクラブハウスモデルでは、先ほど述べた専門家の権力はどうなっているのだろうか。

4-1 「クラブハウスのよいところ」=作業所には無いところ

クラブハウスが主張する価値の一つに、「参加する人が責任をもつ」という点がある。クラブハウスでの活動では、自分の責任と同等かそれ以上にクラブハウスへの責任が大きいとされる。以下はクラブハウスを利用する当事者の言葉である。

クラブハウスには職員会議や職員室ありません。もちろんスタッフはメンバーを支持しますが、メンバーはスタッフに依存するのではなく自立心を養い、メンバー同士で支援し合います。スタッフも同じ人間として自分

の肉体的・精神的弱さを隠さず、時にはメンバーがスタッフの相談に乗ったり、スタッフに英語やPCなどを教えたりすることもあります。おかげで私は、入院生活で受けた非人間的扱いによってずたずたにされた自尊心や自信を回復することができました。健常者も障害者も同じ人間という意識を取り戻すことができました。自分も人の役に立っているとわかって、自信を持つことができ、生きがいや喜びを感じるすることができました。（クラブハウスはばたき編 [2008]）

「We Are Not Alone」はクラブハウスモデル関係者の合言葉であり、クラブハウスモデルを象徴する言葉である。「集っている。話している」状態から、クラブハウスコミュニティでの活動に携わることで継続的な連携が可能になるということであろう。また、クラブハウスには4つの権利¹¹⁾を定めており、そのひとつが「いつでも帰ることができる場所」というものだ。参加しようという意思がある限りクラブハウスは彼らを受け入れる用意をもつ意である。

作業所に通所して間もない頃、少しなじめないこともあり、行ったり行かなかったりという状況であった。作業所職員から、毎日来ないと力にならないよと言われたが、本当だろうかと感じた。毎日来いという作業所職員に従うことが、果たして本当に力をつけることになるのか。自分には納得できなかった。（半澤 2001:111）

この語りの紹介は「メンバー自身は自分で決めることの重要性とそれを促す専門家の態度をクラブハウスモデルに見出し、クラブハウスモデルの活動が自立を支援することを考える上で参考となりえる。」という主張が続いているが、クラブハウスモデルに注目する理由として同様の主張は多い。しかし従来の援助関係がクラブハウスには無いとはいえないだろう。専門家が援助者であり続けることがなく助け合っていることがクラブハウスの特徴とも取れる。

11) クラブハウスモデルの4つの権利とは、“The right to a place to come”（来る場所への権利）、“The right to a place to return”（帰る場所への権利）、“The right to meaningful work”（意味ある仕事への権利）、“The right to meaningful relationship”（意味ある人間関係への権利）というものである。

しかしスタッフとメンバーという区分けは歴然としてされている。スタッフ＝専門家の力を弱める工夫¹²⁾としてのスタッフだけあるいはメンバーだけの会議や部屋がないことや、個人面談という手法をとらないこと、関係の規定¹³⁾なども明示されるが、スタッフとメンバーの間に上下の力関係の構造がないことの根拠とは考えにくい。

4-2 専門家の力・支援の構造は無いかという疑問

クラブハウスモデルは活動の価値を他の人たちと「仕事」に参加することで自立に向かわせると主張する。また、当事者と専門家の関係を「パートナーシップ」と規定する点に特徴があり研究者や実務家から注目される点でもある。

これまで筆者は国内のクラブハウス数か所にて延べ四週間の参与観察を行った。その参与観察中に遭遇した暴力を振ったメンバーに関するミーティングについて紹介する。そのミーティングはデイプログラム終了後に行われた。当日ミーティングが行われることは事前に決まっていたようであり、数人のメンバーはデイプログラムには参加せずミーティングからの参加であった。筆者はこのミーティングがあることを事前に知らされていなかったが参加を許された。ミーティングには暴力的行為をしたメンバーは参加していなかった。16時30分ごろから始まった話し合いは約3時間に及んだ。

12) クラブハウスの国際基準第9条:「クラブハウス」のスタッフの人数は、登録したメンバーが作業に就くのに必要なだけそろえる。しかし、メンバーの参加なしでは、スタッフの責任を果たせない程度の数とする。

同第16条:「クラブハウス」内で行われる作業は、「クラブハウス」共同体を運営・強化する中で、「クラブハウス」が生み出す作業に限られる。「クラブハウス」外の個人や機関から請け負う作業は、有給・無給にかかわらず、「クラブハウス」内でする作業としては受け入れない。「クラブハウス」内のどのような作業をしても、メンバーに報酬が支払われることはない。また、不自然な報酬支払い制度を設けない。

13) クラブハウスの国際基準第8条:「クラブハウス」のすべてのミーティングは、メンバーとスタッフの双方に開かれている。プログラムを決めることやメンバーに関係する問題を話し合うような、メンバーだけの、または、スタッフだけの正式なミーティングは、「クラブハウス」には設けない。同第14条:「クラブハウス」の中のすべての場所は、メンバーにもスタッフにも出入り自由である。スタッフ専用の、またはメンバー専用の場所を設けない。

まず司会と書記それにホワイトボード記入の係が決められた。これはクラブハウスモデルの流儀に則っている。司会役のメンバーが経緯を説明しスタッフが補足を加えた後に参加者の意見が順番に述べられた。冒頭あるメンバーが「暴力的な行為を目の当たりにして怖い」と意見を述べた。その後も「今度は自分にも被害が及ぶ可能性を考えると、利用を認めるべきではない」という意見が続いた。対して「彼はここが好きだと言っているし、他に行き場はない。今回は利用を認めればどうか」という意見も出された。その後議論は彼の障害特性に及んだ。あるメンバーは彼の障害が精神障害ではないことを指摘し、クラブハウス利用が彼にとっても不利益になることを述べた。対してスタッフは彼の障害についての説明をした上で、スタッフがその障害について学習をしている旨の発言をした。別のスタッフは彼が暴力的な出来事があった後反省をしており、クラブハウス利用を望んでいる旨を電話で話したことを伝えた。そのようなやり取りの後「議論の過程や結論をだれが彼に伝えるのか」という問題が出された。「暴力的な人物に接触するのは荷が重い。このような場合スタッフがその任に就くのが妥当ではないか」というメンバーに対し、スタッフは「議論が十分になされていない中、スタッフであるからやらねばならないという結論はクラブハウスの流儀になじまない」という意見を述べた。ここで「継続的に話し合いをする必要があるのではないか」というスタッフからの提案でミーティングは終了し結論には至らなかった。

多くの福祉施設では他害行為を行ったメンバーに対しての利用の制限・再開などの決定は職員が行う。またメンバーのミーティングで話し合われたとしても、その結論が施設の決定とされることは少ない。この現状を踏まえると先ほどのエピソードは「クラブハウスの流儀」にかなった方法であり、多くの専門家がその活動にふれ注目し評価し続ける点である。また国際基準ではクラブハウスへ参加する条件として、精神病の経験のある人ならばどのような人でもその資格があるとしている。ただし「クラブハウス共同体」全体の安全を著しく脅かす人はメンバーとして入会・在籍する資格がないとも明文化さ

れており、それを決定する権利はクラブハウスのメンバーとスタッフの合議であるという。

確かに国際基準ではスタッフだけがメンバーの在籍や除籍に関する決定権を持つことは否定されている。しかし全く決定権が無いわけではなく、当事者と同じだけの決定権を持つ。福祉施設などでは最終的な決定権をスタッフが持つことが多い。そして合意形成のための話し合い自体がないことも珍しくない中で、クラブハウスにとって重要事項に関して、スタッフとメンバー双方の合意の基で決定しようとする態度は異質であろう。しかし、そうした方法をもってしてもメンバーとスタッフの立ち位置は同一であるとはいえない。国際基準ではスタッフを専従職員とするように明示されている。専従職員であるなら、クラブハウス開所日には毎日勤務しており時間の上では多くのメンバーと関係を構築・強化を図ることが可能である。日々の活動によって多数のメンバーと関係を構築するスタッフの発言力は、合意形成の意見交換においてメンバーのそれと同じと言えるのだろうか。スタッフの潜在的な発言力や権力性は無いと言ってよいのだろうか。このような日々の活動によって構築された関係は作業所においても見いだせる。そして専門家はそれらメンバーとの関係を意識的、あるいは無意識のうち利用し、会や作業を円滑な運営に利用することがあることは述べたとおりだ。そしてその関係性は無自覚のうちに専門家の権力性とそれに伴う行為を増幅させる可能性もある。

5 専門性が内包するもの

対人支援専門職と当事者は非対称な存在であるとされるが、どの部分に関して非対称であるのだろうか。稲沢公一は『援助するということ』のなかで、非対称な点は多くあるだろうと前置きしたうえで、当事者が抱える「苦しみ・困難さ」に対して、その人達は「逃げる事が出来ない」存在であり、専門職者は「逃げる事が出来る」存在である点において非対象であるとしている。その上で、専門職者＝「逃げる事が出来る」を認識することで、「逃げない（という態度でいること）」存在に転化することも可

能であると述べている。（稲沢 2002）岡村正幸も著書『はじめての相談援助』のなかで「当事者の経験をする事は出来るが、それはいつか開放されるものである。当事者はそうは行かない」と述べている。（岡村 2001）稲沢や岡村の指摘は対人支援専門職の専門性を考えるうえで重要な視点であろう。ただ福祉実践場面はそれぞれ個別性を有しており、特に精神保健福祉領域では「良い・悪い」という問題以前に強制入院やそれにとまなう身体拘束までおこなわれる¹⁴⁾。この身体拘束を含む専門性の本質と当事者との非対称性は稲沢らが言うそれとは明らかに違う。「逃げる事が出来ない・できる」という視点は専門家と当事者の接点に支援が介在していることを前提としている。しかし身体拘束や強制入院が当事者にとっての「苦しみ・困難さ」であり、それは専門家の支援の行為としてなされる。この点においては「逃げる事が出来る・できない」という視点意外の指標が必要になる¹⁵⁾。

ここまで紹介してきた筆者の調査において専門家の一人は、「身体拘束や強制入院をできれば無いほうが良い」と前置きしながらも医療の必要を専門家が把握しつつ放置するは無責任であり、強制的な仕事が自身の専門性には内包されていることに自覚的であるべきだと語った。他方、現職の専門家向け研修などでは「当事者と対するときは上下関係にならぬよう対等な関係」が強調されてもいる。強制的な内容の仕事をしてきるとき、専門家はどれほど自覚的であるのか。他方、対等を意識しているとき自身の専門性は強制・誘導を含むものであると意識しているのか。

作業所の相談室での面談は、相談の内容ではなく

-
- 14) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 第三十四条では自傷他害のおそれのある場合は、本人の同意なしで入院させることができる。また、入院をさせるため同項に規定する精神科病院に移送することができる。としている。
- 15) 全国「精神病」者集団会員 長野英子氏は「今改めて反保安処分をそして強制入院制度の撤廃を」の中で次のように述べる。「私（たち）は強制入院制度そのものがすでに保安処分であり、撤廃されるべきものと主張してきた。患者本人の利益のため、救急医療として本人の同意のない医療は、精神科以外でも行われている。しかしほかの科には強制入院・強制医療のための法制度はない。精神科のみに強制入院制度がある合理性はまったくない。本人の利益以外の目的があるからこそ強制入院制度が精神科にあるのだ。」

メンバーの求めによって設定されるという性質があり、それは明らかに支援者の権力性を含んだ専門性を当事者から求めているといえる。

クラブハウスモデルのミーティングにおいて、当事者の意見が専門家からみて明らかに不利益をもたらす恐れがある場合や得策でない場合でも「それで良い」と当事者が言った場合クラブハウスのスタッフはどうするのか。議論が十分になされていて、それでもなお「暴力的な人物に接触するのは荷が重いので、スタッフであるからやらなければならない」という意見が多くみられ、それを結論として採用するのであればクラブハウスの流儀と言えるのか。この問題は作業所のそれと同じである。クラブハウスモデルの流儀は合意形成に至る手続きと参加の方法において特徴的であるが、スタッフの責任とメンバーの責任や立ち位置については等しいという根拠とはならないだろう。

対等性の担保と権力性・強制力という精神保健福祉専門家の専門性は二律背反であるのか否か、またどちらが良いのかということは本稿では述べないが、ここまで述べたように、専門家が自身の持つ力について戒めを持っているが実際には強制力を発揮している場合が確かにあり、その専門家の力を望む当事者と応える専門家がいることは最低限の議論の前提とすべきであろう。

結語

福祉研究者やクラブハウスモデル実践者の多くが、福祉の実践を「管理的」であり専門家主導であるという指摘した上で、「依存・スティグマ・孤立の克服」や「専門家による管理ではなく自治」がクラブハウスモデルの特徴であると評価する。しかし福祉実践のどの部分が「専門家の管理」なのであるか。同時にクラブハウスモデルの言う専門家と当事者の関係の規定である「パートナーシップ」とそれに基づいたプログラムや実践が専門家の管理から脱し得ているのか。「パートナーシップ」を強調するクラブハウスモデルにおいて、専門家と当事者のこのような関係性はないといえるだろうか。

精神障害の分野では1970年代後半より作業所が

くられ活動を続けている。そしてその活動の特徴はメンバーと職員の共働にあるとあってよいだろう。共働を中心としてその進め方や作業所利用におけるルールなどをメンバーと職員によるミーティングで決める。専門家である職員はこれらの作業所の活動がメンバーを「主体」にすると考える。同様にクラブハウスモデルにおける諸活動によってメンバーは自治・責任の主体なる主張の根拠も共働という手法に求められる。

クラブハウスモデルでは、ある問題をクラブハウスの問題として皆で話し合うことが行われる。それは公開相談の可能性もある。四章で例示したミーティングを例にとって考える。クラブハウスにとっては暴力的な行為を行ったメンバーの利用については決定する話し合いであるが、加害者にとってはクラブハウスを継続して利用したいという訴えである。三時間の話し合いでメンバーは加害行為を起点として彼への不安や思いを述べ、スタッフは経過の説明と事実を述べた。ただ「怖い・不安」という感情的な感想は述べなかった。ミーティングではスタッフも同様に発言ができる。つまりスタッフの一言が決定的では無いにせよ尊重される。前述した多くのメンバーとの良好な関係の上での発言なら尚のことだ。原理原則からスタッフは「怖い奴だから利用をやめてもらいたいです」との意見を述べることも可能であった。また「彼は行くところがないから受け入れた方が良いと思う」とメンバーと同様にいうこともできただろう。しかし実際にはそれらのことは言わず、事実関係の確認と自身の取り組みについてのみ述べるにとどまった。これはスタッフの発言力が大きく議論を決定してしまうことを意識していたものではないか。個人面談が利用者の依存的な体質を支持し専門家の思惑通りに利用者を誘導する側面があることは認めるものである。ただそのような側面を解消するためにミーティングという方法が採用されたとしても専門家の権力性は消えないことは、クラブハウスモデルのスタッフの発言の抑制でも明白だろう。事例の結論は利用中止か利用継続しかありえないのだが、ミーティングが進んでも各々の主張が歩み寄りを見せない場合どうするのだろうか。結論に至らない議論が続いた後にスタッフが意

見を求められた場合のスタッフの発言は議論にどのような影響を与えるのか。これはクラブハウスに限った問題ではなく、作業所のミーティングでも見られる問題だ。

対人支援職者の専門性と権力性を考える上でクラブハウスモデルの主張と実践は様々な視座をもたらす。仕事を媒介とした気づきや回復を促すというクラブハウスモデルの方法論となじまないので個室での個人面談は行わない。この点において精神障害者共同作業所の職員と利用者の関係とは違うと言える。作業所での共働においても気づきや回復の促しは存在するだろうが、作業所では個人面談を行うことや専門家＝支援者という関係性が積極的に肯定される点で治療的であるといえなくもない。しかし、数か所のクラブハウスのスタッフに「相談をしたいというメンバーに対してはどうするのか。」と問うたところ、「相談できるところ、地域生活支援センターなどで相談すればよい。特に問題ではない」との話聞いた。個人面談＝福祉的・治療的関係をクラブハウスモデル外で担保することで「クラブハウスモデルでは個人面談は行わない」という主張は作業所内の作業部門では利用者職員は共働しているので作業所の職員と利用者は横並びの関係であるという主張と同質である。

クラブハウスモデルに参加するメンバーが自立しており彼らによる自治で運営されているならば専門家であるスタッフはいらない。自立へ向かうような取り組みであるからスタッフ＝専門職の仕事が必要とされる。つまりクラブハウスモデルのメンバーは自立をめざしている途上でありその支援をスタッフがを行いその仕事に対して金が払われているとの考えは間違っていないだろう。また精神障害のある人がクラブハウスモデルへ参加することでプログラムを主体的に選択・活動しているとはいえるが援助の主体になっているとはいえない。作業所をはじめとする福祉施設に見られる援助者と被援助者という関係が管理をうみ管理が自立を阻害するというなら、援助によって自立は生まれえないとも言える。

ここで注目すべき点は作業所やクラブハウスモデルで取り込まれる共働やミーティングがやはり「医療・福祉のフレーム」で行なわれていることだ。ク

ラブハウスモデルや作業所は他の福祉施設やサービスから無関係に存在しているわけではなく互援の関係で成り立っている。そして医療・福祉施設やサービスという環境は、専門性という力を持った支援者とそれを利用するメンバーという関係の上で成立している可能性が高く、それら支援者との関係のなかで生活をしている当事者は少なくないだろう。換言すれば当事者は「医療・福祉というフレーム」によって生み出されているともいえる。このような状況で、福祉の専門家と当事者が共働しミーティングを行うことによって当事者を「主体」とすると主張することは妥当であろうか。

当事者が「医療・福祉というフレーム」によって生み出されているとすれば、専門家が持つ専門性の発動は当事者によって担保される。当事者と専門家の非対称性が専門家の権力性という形で現れる可能性があるなら、専門家の態度については更なる議論が必要であろう。専門家の行動規範や取るべき態度といった専門から発信する理論だけではなく、当事者の当事者性に関しても十分に考察を重ねた上で実践を展開し理論を構築していく必要があるのではないか。現在の専門家の行為が後年「悪い」とされた場合、結果的にそれはその行為がもつ加害性以上にその当事者に対して加害的なことであろう。そしてその様なことを防ぐためにも、専門家が遵守すべき規範や原則は「対象者（当事者）が置かれている状況を示している」ということを認識し自身の仕事や専門性に関して点検をしていくことが必要であり、自身の仕事は強制や誘導をしてしまう事を認識することが重要だ。今後の筆者の課題として、そうした福祉実践を正確に分析することがあげられる。

引用資料

- 古川 孝順・岩崎 晋也・稲沢 公一・児島 亜紀子 2002『援助するということ』有斐閣
- 三野 宏治 2006「精神障害者小規模作業所における作業の意味分析」立命館大学大学院応用人間科学研究科 修士論文
- 2009a「アメリカ合衆国：社会福祉の現状、IV 地域精神保健福祉」『世界の社会福祉年鑑 2009』pp190-200, 旬報社.

- 2009b 「日本におけるクラブハウス言説の潮流についての研究」『Core Ethics』 *vol.5*: 315-326
- 2010a 「精神障害者クラブハウスモデルの仕事を媒介にした相互支援の考察——その仕組みと発想」『福祉文化研究』 Vol.19: 62-75
- 2010b 「日本の精神医療保健関係者の脱病院観についての考察——米国地域精神医療保健改革とそれについての議論をもとに」『コア・エシックス』 *vol.6*: 413-423
- 2011a 「精神障害当事者と支援者との障害者施設における対等性についての研究——当事者と専門家へのグループインタビューをもとに——」『立命館大学人間科学研究』 第 22 号 pp7-18, 立命館大学人間科学研究所
- 2011b 「クラブハウスモデルの労働とは何か」『生存学』 *vol.3* pp174-184, 生活書院
- 岡村正幸 2001 『はじめての相談援助』 かもがわ出版
- 社会福祉士養成講座編集委員会 編 2010 『新・社会福祉士養成講座 7 相談援助の理論と方法 I』 中央法規出版
- 特定非営利活動法人 地域精神保健福祉機構・コンボ (Community Mental Health & Welfare Bonding Organization) <http://www.comhbo.net/index.html>
- 精神障害者社会復帰施設の設備及び運営に関する基準 <http://law.e-gov.go.jp/haishi/H12F03601000087.html> (20110510 アクセス)
- 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S25/S25HO123.html> (20110515 アクセス)
- 長野英子 「今改めて半保安処分をそして強制入院制度の撤廃を」 <http://nagano.dee.cc/0601seisinyou.htm> (20110520 アクセス)
- (2011. 7. 5 受稿) (2011. 10. 12 受理)
(ホームページ掲載 2012 年 3 月)