

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第17回

脱精神科病院（終）「生活支援と生活の「管理」の関係②」

三野 宏治

はじめに

2009年に地域活動支援センターで精神病／障害者と精神保健福祉士などの専門家に対して「専門家当事者の対等性とはあるのか」という問をたて議論を行った。この議論の紹介と分析から支援が内包する「管理」について述べていく。調査に先立って筆者は「財団法人大同生命厚生事業団 地域保健福祉研究助成」に申請を出した。申請書には次のように書いた

精神保健福祉領域において精神保健福祉士をはじめとした支援者たちは、精神病／障害者本人と対等な関係を築くように教育される。また、従来の専門家による直接的な支援の他に、セルフヘルプなど本人の力に注目し、その活動へのはたらきかけを重要な支援の方法として捉えようとする考えもある。しかし、実際の支援の場面で、例えば従来の福祉施設で行われる活動で、本当に「対等」は可能であり、実現されているだろうか。またそれは常に望ましいものだろうか。例えば自他に対して加害的な行為がなされる場合があり、精神科医療における行動制限や非自発的入院と同根の問題がある。本人たちに委ねる場合より、作業や組織の運営にとって明らかに有益な別の選択肢があることがあるが、このような場合どうしたらよいか。また、実際には対等でないのに、対等な関係の下でなされているゆえにある対応が正しいとされるなら、その対応は本人に対する加害ともなりうる。

審査の結果、幸運にも対象に選ばれ助成を受けることができた。そして大阪府交野市の地域活動支援センターにて、利用者（当事者）支援者（専門家：精神保健福祉士）と筆者による意見交換および討議と精神科クリニックおよび授産施設への調査、精神科医、精神科ソーシャルワーカー、保健所精神保健福祉相談員への聞き取りを行った。また、並行して調査を大阪府交野市の授産施設ミルキーウェイで行い、静岡県浜松市のびあクリニックで「対等性」についての考えを聞いた。

専門家と当事者の関係について精神保健福祉士養成のテキスト等では「対等な関係」を求めている。しかし、問題は単純ではない。実際の福祉場面では支援者が存在する。そして、当事者は支援を受ける。支援は「当事者のためのもの」である。しかし、同時に支援は「支援者の持ち物」でもある。支援が「支援者の持ち物」であるならば、その支援は支援者の手で如何様にもその形は変えられる。換言すれば当事者はその支援に直接力を及ぼすことができない。さらに、支援が「支援者の持ち物」であるなら、そこに支援者の都合が入り込む余地がある。では、支援者が自らの都合によって支援の形を変えている意識があるのだろうか。まず、調査で得られた支援者と利用者の考えを紹介しながら、彼らが支援と「管理」を如何にとらえているのかを紹介する。

ここで紹介するグループインタビューは、2009年9月16日から2010年6月30日の間で25回行った。2週間に1度、水曜日の14時から15時に地域活動支援センターの談話室の一角で行うことを初回に伝えた。談話室は20畳ほどの畳敷きの部屋で机を囲んで話を行った。出席者数は当事者4人から10人と専門家1人から3人であり、その都度参加者は変化した。筆者は司会進行を務め、各回の冒頭に前回の話を確認し、発言を促す役割を担った。記録はICレコーダーによって記録し文字化を行っている。また、記録自体は公表しないこと、記録をもとに報告書と論文等の執筆・発表を行うことの同意を得ている。

インタビュー初回は調査の目的を伝え、各々の考えを自由に述べてもらった。1回目のインタビューから15回目のインタビューでは各々の考えや意見交換が主であったが、同じ内容の議論が繰り返されたことから、2010年3月24日の16回目のインタビューにて、司会の筆者が「対等ではない場合」という課題を設定した。課題設定後の16・17・18回のインタビューでは当事者から様々な経験が語られ、その経験に対する意見が交わされた。

調査時の支援者の態度

グループインタビューが始まった当初は、当事者の発言がインタビュー時間のほとんどを占め、専門家はほとんど何も述べない事態が続いた。数回の意見交換の後、発言の少ない理由を問うと「専門家の自分が意見を言うことで、これまでの当事者の意見が覆されはしないかという危惧がある」や「利用者の意見を聴くために、専門家はあえて話さない。そうやって当事者が話す間を作ることが専門家の支援の態度であると考え、そのような態度をとってきた」と回答している。

専門家のそれらの考えに対して「話を聞くという態度は専門家として正しい場合があるが、常に専門家が話を聴くという態度は診察場面の医者と同じで、求めるものとは違う」「私は聴いてほしいときは言う。それをできないと思われるのは支援以上の過保護だ」と当事者の反論を招いた。

これらの考え方のずれは何ゆえ起こるのか。「対等性」という言葉の持つ多義性が原因の一つであることは間違いない。問題は言葉の性質だけではない。言葉の多義性に問題があるとし、様々な解釈ができない表現では倫理綱領や行動規範はマニュアルに変質する恐れ

がある。ゆえに、あえて多義的な言葉を用いる必要がある。その狙いをどのように理解すればよいか。

「対等性とは何か」に注目したきっかけは、筆者の福祉の実務経験での混乱にある。精神保健福祉士として福祉現場に携わるなかで行動規範に基づいた「対等性」の重要性は研修などで耳にしていた。あるべき姿と理想の追求では成し得ない現実の問題をどのように捉えればよいかという疑問のきっかけであった。ほとんどの場合「対等性」は関係性の規定であるにもかかわらず、行動規範などで専門家にのみ強調されることは自明である。「対等性」が専門家だけに強調されると、「対等性」の意味づけはどうなるのか。

専門家の仕事（支援）では、当事者の意見を全て尊重し要望に漏れなく応えると、成立しない場合や事態が含まれる。当事者の意向とは別に管理的な動きをする場合もあり得る。権力性は専門家というポジションだけで、ある程度付与されてしまうものである。専門家の仕事の特性と専門家が持ち得てしまう権力性を自身が自覚し、仕事（支援）を行うことを強調する必要がある。倫理綱領は専門家の権力性への「戒めの言葉」という役割を持たされている。「戒めの言葉」から導かれたあるべき姿が「対等性」である。規範は戒めという目的は達成したが、あるべき関係と現実の関係を混同する危険性をもつことは指摘した。「対等性」という考え方が有効なのは、関係性の問題として双方の問題としたときである。しかし、現状では専門家と当事者がその権力性でまったく非対称であるがゆえ、専門家だけにのみ強調されている。「対等性」が専門家にのみ規範として強調されると、戒めの言葉あるいは戒めを強化する役割以上の意味を持ちえない。専門家たちはこの言葉に戒められているのだろうか。

19 回目のグループインタビューで、筆者の「対等でないと思うときは」との問いに、ある当事者は専門家の権力性にかかわる経験を語った。「病気でわけがわからなくなって、隣人を殴ったので救急車で運ばれる途中に暴れた。結果抑制された。その後措置入院になった。その後 5 年間入院し続けた」この経験に対して他の多くの当事者が「仕方がないことだ」と意見を寄せたが、彼は「どこが仕方がないと思いますか」と疑問を呈したことから、当事者の責任に話が及んだ。

数回の意見交換を経て、暴れて他人に危害を加えたこと。結果として抑制されたこと。措置入院になったことや 5 年間も強制入院させられたことに、全てが「仕方がない」とはいえない結論に至った。まず、病状の悪化は病気であるので誰の責任でもない。しかし隣人を殴ることや暴れたことは、その被害者が自分であつたら困るという観点から良くはない。暴力沙汰を起こし、今後も訳がわからないまま暴力沙汰を起こしてしまうかもしれない自身を考えたとき医療が最も有効な方法かという議論はあるが、現状では入院という選択肢もあり得る。しかし、暴れて暴力をふるった状況を勘案しても 5 年の措置入院は不正義であるし、根拠の「治っていない」という医師の説明も受け入れがたいという内容である。次に、入院中の保護室の話が出された。「入れられた理由が良く分からない」や「暴力的な振る舞いがあったのは事実だが、話し合いの時間や自分の言いようをきいてくれたのなら、

違った結果であったかも知れない」という意見も聞かれた。保護室の使用は、専門家の理由があったのだろうが伝わっていない。また、事後も含めて納得の出来る説明はなかったという。

説明と同意に関して、どのような対策がなされるべきなのか。米国の精神病／障害者の地域ケアシステムである ACT (the program of assertive community treatment) では、心神喪失状態に陥って自傷他害行為に及んだ場合に「身体拘束も必要である」との同意書を当事者と ACT チームの間で締結する。同意書の締結が身体拘束を肯定するか否かの吟味は措く。筆者の調査事例と ACT の同意書は、当事者の果たし得る責任を考える起点となった。自身の病気に医師や PSW の判断のみで納得がいかないならば、自分で自身の病や障害をより理解し、説明し、マネジメントする必要があるのではないか。

強制入院には保健所の精神保健福祉相談員が「ソーシャルワーカーは関係ができていないその人たちの自傷他害行為への介入は躊躇がある。一方で関係性ができている場合には関係が出来ていないに比べるとためらいがない。それは当座その人が本来行う自己コントロールを一時的に専門家が預かることで、回復の見立てがつかうからだ。強制入院後のケアの段階でどのようにして、そのコントロールをいかに返していけるのかについて、それまで築いた関係性から見通しがつかうからだ」という見解を述べた。

この見解は関係性の問題とかかわりが深い。述べられた「回復の見立てがつかう」という箇所の見立てをつけるのは誰か、という問題は非常に重要である。回復が専門家の文脈でのみ進められるなら、説明と同意の手続きがあっても根本的な問題は解決しない。また、専門家の工夫や方法だけでは解決しない問題であろう。

専門家は戒められ、同時に「管理」をおこなう

専門家がある関係を良いものとして治療や支援関係を進める際、専門職者として果たすべき仕事を優先させるあまり、専門家が考える良い関係が一方的になる危険性を発言は示している。症状が落ち着くことを専門家の医師は良いとし、当事者は副作用を問題としている。薬は医師が目指した症状の緩和を果たしたが、当事者は緩和と満足は違うと言う。

医師は「薬で病は治せない場合があり、そのようなときでも関係性の中で症状が回復していく場合が多くある」というが、私は薬の副作用でよだれが出たり、震えがとまらないことがあった。医師は「必要な薬だから仕方ない。」というけど、よだれが出てもいい生活をしていない。治療とか薬とかを中心に生活しているわけじゃないから困る。副作用の問題についてどう考えるのかは、私と医師はちがう。でもそれじゃ困るんです。

「あなたは病気だ、障害者だ」とか言われても「違う」と思う。ただ、「あなたは障害者である前に一人の大人じゃない」といわれても、(病気か障害か原因はわからないが) あなた(専門家)に出来て、私に出来ないことはたくさんあるし、ここ事実できなくて困ってるのは本当なんです。でも、主治医やワー

カーさんには強くいえません。いろいろ世話になっているからね。

当事者は医療や福祉の領域のみで生きていないことを専門家は繰り返し教わり、意識する。本人の自己決定を尊重した関わりを専門家は目指す。上記の発言は、専門家が教えられた当事者の姿と目指すべき「関係性」が実際の問題は別であることに考えを及ぼす必要があることを示している。自己決定を促し決定しても、それが即ち「正しい」ことであるとは言えない。治療関係や支援関係で築かれた関係性は、専門家の意識や働きかけしだいでは即ち新たなものへ脱することを許さない。当事者の生活で医療や福祉が占める割合が必要も含めて大きいことを理解した上で、専門家は何をどういった手法で目指すのか、当事者は自身が何を求め、何を不必要とするのかを再確認する必要がある。

支援者たちは支援が行われる場所や種類を問わず、当事者の判断や決定よりも支援が優先される場合がある部分では自覚している。それゆえ、入所施設の批判に理解を示す。本人の決定より優先される支援は良くないという理念のもと、地域生活が行われながら、地域でも支援のもつ「管理」は発揮されることも自覚している。また、苦情で支援が強化される可能性があることも気づいているだろう。出来上がった信頼関係があって支援が成り立つことにはそれほど自覚的ではない可能性がある。仮に支援者が考える「社会のルール」に対し、精神病／障害者が異を唱えた場合、支援者はどう考えるだろうか。当事者の主体性の発露で望ましいと考えるか。当事者の主体性の発露としてよい精神病／障害者の望みと支援者が考える「社会のルール」と衝突した場合、「正しく決めることが出来ていない」と判断してしまわないか。「正しく判断できない」から、手厚い支援が必要という結論に達しないか。仮にこのように考えるなら、入所施設で支援を行う考えと同質と言えるだろう。

では、精神科病院の対応はどうか。精神科病院での治療に本人のやりかたや要望が反した場合、精神科病院の価値が優先されることがある。例えば、治療を受けたくないという患者が主張しても入院させられることがある。「嫌だ」と強く言うほど「病識がなく重症だ」と判断されかねない。本人の主張と治療方針の摩擦の問題は、治療の場を地域に移せば解決するのか。治療を拒んで通院しない者を追わないのであれば、本人の主張が受け入れられたとも言えるだろう。しかし、医師や精神保健福祉士は「通院しない」状況を阻もうとする。良好な治療関係や支援関係を構築することで専門家を「信用して」もらう。

メンバー（利用者）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。タバコ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。タバコ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。

筆者が調査時に精神保健福祉士から聞いた事例である。筆者にも同様の対応をした経験がある。支援者にとってこれらの配慮や手段は自らの支援や治療に有効であるかもしれない。彼らの支援や治療がうまく機能すれば、精神病／障害者の役立つ場合もあるだろう。他方、一旦信頼関係が出来上がった利用者との間で強く良好な関係を短時間で再現して利用することは可能だ。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。精神病／障害者は「自らの発言を控え」「あえて話さない」ことを支援者としての配慮とする精神保健福祉士に「子ども扱いしている」と言う。措置入院を経験した人は「暴れ暴力をふるった状況を勘案しても 5 年の措置入院は不正義であるし、措置入院が続く「治っていない」という医師の説明に関しても受け入れがたい」と語る。仮に「子ども扱い」されている、または「自らの主張を受け入れられない」場合どうすればよいか。まず考えられるのは、そのような施設や機関を利用せず、他を利用すればよい。しかし、現実的に上手くはいかない。なぜなら利用できる施設や機関が少ないことが理由であろう。

精神病／障害者その人と医師や精神保健福祉士が支援や治療を媒介に構築してきた「関係性」が、他の利用を阻害する可能性がある。支援や治療を媒介に「関係性」を構築する場所の多くは施設であり、病院や診療所である。その施設や病院や診療所という「場」は専門家の職場であり、配置された物や用意された器具は、医師や精神保健福祉士が仕事をする際に必要なものである。それらの物や器具が配置された、支援者の支援に都合の良い環境では「関係性」を支援者にとって都合の良いものに誘導し、維持することは不可能ではない。「措置入院介助の訴えを聞き入れられない」のは「治っていない」という判断とともに「聞き入れなくても良い」環境とも言える。「子ども扱いしている」と指摘された精神保健福祉士は「あえて話さない」ことをせずに自らの考えを強く主張するだろうか。仮に「対等性」という言葉が精神保健福祉士や医師などの支援者の戒めの言葉であり、関係を点検するコンセプトになり得たとしても情報量に違いがあり、なおかつ支援の場が「支援者の土俵」であるなら実効性があるのだろうか。

では次に、クラブハウスモデルという取り組みを紹介する。クラブハウスモデルでは支援者による支援がないと言う。ただ、専門家であるスタッフと当事者であるメンバーという属性の違いはあり、それをクラブハウスモデルは否定しない。では仮にクラブハウスモデルに支援者による支援がないとして、スタッフによる「管理」の可能性はないのか。

クラブハウスモデルとは何か

1985 年 10 月に共同作業所全国連絡会アメリカ障害者施設視察団の一員としてが、アメリカ各地の障害者リハビリテーション施設を視察した秋元波留夫の記述において、秋元は次のようにクラブハウスモデルを紹介している。「その特徴はかつて精神障害を経験した「元患者」たちの創意によって始まった、文字通り自助活動の組織だということである。

現在ではその活動の規模は拡大して、リハビリテーションの専門家、精神科医、市民ボランティアが参加、協力しているが、障害者が主人公であるという基本的性格は変わっていない」（秋元監修 共同作業所全国連絡会 編 1988:15）。秋元は、ファウンテンハウスの成り立ちや活動内容を「精神障害者施設とリハビリテーション」という章の一節で取り上げ、日本における当事者の状況を **Paternalism** と述べ「ファウンテンハウスの活動とはほど遠く、ようやく芽生え始めた当事者運動と作業所の仲間に支援を惜しまなければ日本のファウンテンハウスが育つ」と課題を提起している。秋元はクラブハウスモデルのこういった要素に注目して期待を寄せたのか。

秋元の言うように、クラブハウスモデルは、米国のニューヨークで始まった精神病／障害者の自助活動による相互支援を基盤にした活動である。世界 27 カ国 300 か所以上のクラブハウスが国際基準に従って活動を行っている。クラブハウスの利用者はメンバーと呼ばれ、支援者（スタッフ）に指示されたり管理されたりする立場ではなく、パートナーシップの関係を保ち、様々な「仕事」に携わる。その「仕事」には福祉的就労という意味合いはなく、工賃も発生しない。クラブハウスでは、スタッフのマネジメントによりメンバーが主体的に「仕事」に参加する。その「仕事」への参加によって自助の力を養い、相互支援活動を培う。現在、全世界で 300 以上のクラブハウスが同一の国際基準の下活動を行っており、半数以上の 217 がアメリカのクラブハウスである（2008 年）。

では、クラブハウスモデルの成り立ちを紹介しておこう。クラブハウスモデルの始まりは、1944 年にニューヨーク市で州立病院を退院した 4 名の精神疾患を持つ人たちによって自助グループ作ったことによる。そのグループは「We Are Not Alone」と言い、頭文字をとって「WANA」と名付けられた。当初、「WANA」のメンバーは図書館や教会あるいは YMCA の集会所などを借りミーティングを行っていた。入院している仲間や退院をして一人である人たちを訪問し、励ます活動を始める。しかし、友愛訪問などの自助活動を行うには、彼ら独自の場所が必要であった。そこで「WANA」は、1948 年にボランティアらの協力によってマンハッタンにビルを購入する。これが最初のクラブハウス「ファウンテンハウス」で、その後、ソーシャルワーカーなどの専門家が活動に加わり、「仕事」を中心に据えた活動が始まる。1950 年代に州立病院のソーシャルワーカーであったジョン・ビ Beard (J.Beard) が所長としてファウンテンハウスに参加したところから、クラブハウスモデルの原形である「仕事」を中心とした取り組みが始められている。ファウンテンハウスは、1977 年に CMHC の助成金でクラブハウスモデルについて研修啓発活動を行い、全米にクラブハウスモデルが普及する。

クラブハウスモデルでは支援する／されるという関係を意図的に排し、活動の場そのものを「福祉的支援の場ではない」としている。秋元も著作で取り上げて評価している取り組みである。従来の支援関係がクラブハウスにはないとは言えないだろう。専門家が支援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。しかし、スタッフとメンバーという区分けは歴然とある。スタッフとメンバーの関係の規定なども

明示されるが、従来の福祉施設とは違う関係が存在する根拠とできるだろうか。

専門家の支援の有無

クラブハウスモデルのメンバーとスタッフたちは、他の人たちと「仕事」に参加することで自立に向かわせる点に活動の価値を主張する。当事者と専門家の関係を「パートナーシップ」と規定する特徴があり、研究者や実務家から注目される点でもある。筆者は国内のクラブハウス数か所で延べ 4 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るったメンバーに関するミーティングを検討する。

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、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。

まず、ミーティングの司会と書記、そしてホワイトボード記入係が決められた。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、クラブハウスの利用が彼に不利益になることを述べた。対して、スタッフは彼の障害の説明をした上で、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に反省をしており、クラブハウスの利用を望んでいること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るべきだ」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。

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専門家主導と指摘した上で「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」なのであろうか。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のだろうか。

精神障害の分野では 1970 年代後半から作業所が作られ、福祉施設となって活動を続けている。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、その進め方や福祉施設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活動がメンバーを「主体」にすると考え、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・責任の主体と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。前述のミーティングを例に考えてみよう。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を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。

3 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。「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。スタッフの一言が決定的ではな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なおのことだ。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。「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言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留まった。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るのではないか。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。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得ないのだが、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意見を求められた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、福祉施設のミーティングでも見られる問題だ。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ないわけではなく、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。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なかで、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下で決定しようとしていたことは異質であろう。

しかし、そうした方法をもってメンバーとスタッフの立ち位置は同一であるとは言えない。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し、

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で同じ重みと言えるのか。スタッフの潜在的な発言力や権力性はないと言ってよいのだろうか。日々の活動によって構築された関係は従来の福祉施設でも見出だせる。専門家はメンバーとの関係を意識的あるいは無意識のうちに利用し、会や作業を円滑な運営に利用することがある。

クラブハウスモデルの実践自体、スタッフとメンバーの関係を意識し、従来の福祉施設などで見られる役割を意図的に解除した取り組みである。しかし、クラブハウスモデル実践を取り囲む福祉実践や精神科医療は従来のものだ。クラブハウスモデルを利用するメンバーは従来通りの関係で実施させる精神科医療を受診している可能性がある。半澤が紹介するように、従来の福祉施設での関係や関わり方に疑問を持つものがクラブハウスを利用することもあるだろうが、クラブハウスモデルでの流儀になじめない時、個人面談など専門家の力を欲する場合などは、従来の福祉施設の利用も可能である。仮に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、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。

これらの問題は従来の福祉施設と同じである。クラブハウスは州立精神科病院の解体後の社会的「受け皿」として注目され、地域における精神病／障害者の生活を支える拠点となった。その活動の起点は支援者が設えられたのではなく、当事者の自助である。しかし、その後にソーシャルワーカー等の専門家が加わる。専門家の加入によって活動の規模が拡大する。クラブハウスの活動は現在、北米を中心に全世界に展開している。WANA から 70 年ほど経った現在のクラブハウスも、参加者たちは自助を基盤にした活動を強調している。自助の強調は国際基準に明記され、支援者による個人面談等を行わない、ケース記録やカルテといった支援者の一方的な記録を排除するなどの活動によって具現化されている。これらから、支援者の支援が精神病／障害者の生きる力を阻むことや支援に内在される「管理」について自覚的であると言える。ただ翻って言えば、クラブハウスの国際基準とそれに準拠した活動は「管理を排除するクラブハウスにおいてもなお、専門家の「管理」があり得ることを自覚したうえでの営みである」と言えないだろうか。

まとめ

支援者たちは自らの支援が利用者に対して影響力を持つことは自覚しているようである。ただ、自らの支援が利用者の生活を「管理」しているとの認識は強くないようだ。支援者は彼らの考える「良いこと」を一方的に提案し、その提案を受け入させることには肯定的ではない。それが利用者の自己決定を阻害することを知っているからだろう。しかし、見守りという目には見えない「管理」のもと、利用者が行動することも少なくない。

精神科病院から退院し病院周辺にあるグループホームに住み、毎日朝から夕方まで精神科デイ・ケアに通いそこで一日の大半を終えるという人は少なくないだろう。しかし、これをもって地域生活とってよいのか。確かに支援者の「目」は届きやすい。そしてそれを見守りと言えなくもない。しかしそれは、見守りというソフトな「管理」であろう。さらに、濃厚な見守りが可能な場や時間は支援者が支援を提供する場でもある。

クラブハウスモデルの主張と実践は、支援者の支援と「管理」を考える際に役に立つ。仕事を媒介とした気づきや回復を促すクラブハウスモデルの方法論となじまないのが個室での個人面談は行わない。この点において福祉施設の職員と利用者の関係とは違うと言える。施設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、施設では個人面談を行うことや専門家は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言えなくもない。

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」との話を聞いた。個人面談という福祉的・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」という主張は施設内の作業部門では利用者と職員は共働しているので施設の職員と利用者は横並びの関係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、専門職であるスタッフの仕事が必要とされる。クラブハウスモデルのメンバーは自立を目指している途上で、スタッフが支援を行い、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。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・活動しているとは言えるが、支援の主体になっているとは言えない。施設をはじめとする福祉施設に見られる支援者と利用者という関係が管理を生み、管理が自立を阻害するというなら、支援によって自立は生まれないとも言える。

ここで注目すべきは福祉施設や医療機関での取り組みは「医療・福祉のフレーム」で行なわれている。医療機関と比較して福祉施設の支援は「管理」が少ないとしても、福祉施設は医療機関と互いに影響を及ぼしあい、助け合うことで成り立っている。それらの環境は、専門性を持った支援者と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言える。

地域移行の後の社会的「受け皿」を考える際に「医療・福祉というフレーム」を離れることを想定することは必要か。支援が行われる場が「支援者の土俵」である施設や病院である場合、支援の「管理」の側面は強化される。他方、それらの「管理」が強調された支援が必要な場合があり、それを望む人たちもいる。治療場面では治療者による「管理」が必要であり、必要とされるのが入院治療だろう。しかし「管理」の必要・不要の判断は患

者側につきにくい。医師の判断により、必要となれば入院が継続される。ただ、医師がもつ必要性の判断基準は治療の要否だけではない。例えば社会的入院である。退院するところがない人を退院させることはできない。この判断は間違っていない。しかしそれでは何も変わらない。ではどうすればよいか。

筆者は次のように考える。まず精神科病院をまず「脱」して地域で暮らす。それによって本人の判断と管理が主張しやすい場で暮らすことができる。当初はグループホームでもよい。ただ、それは施設であると認識する。そこに留まることは可能だが、その後アパートなどで暮らすことを目指す。そこに福祉サービスだけでなく、有料介助者などを当事者が雇う。政府は雇うためのお金は当事者に給付する。また支援者は近隣からの苦情を受けず、まずは当事者に引き受けてもらう。「自傷他害を防ぐ」程度の原則は必要だろうが、この原則の解釈拡大とそれに依拠した介入を防ぐために、同時に「本人にまず引き受けてもらう」ことを社会的「受け皿」の基本的な考えにする。政府は「管理」が含まれていようが支援者の支援のないところに予算はつけないという困難さはある。精神科病院を「脱」し、地域で暮らすことを考える際に必要だと考える。

参考・引用文献

- 秋元 波留夫 監修 共同作業所全国連絡会 編 1988 『アメリカの障害者リハビリテーション』,ぶどう社
- 三野 宏治 2009 「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
- 2011 「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も研究——当事者と専門家へのグループインタビューをもとに」,『立命館人間科学研究』第 22 号
- 2012 「対人支援関係における専門家の権力性に関する考察」,『対人援助学研究』 1
-