

# それでも「遍照金剛言う」 ことにします

---

---

## 第1回

### 福祉の概念・言葉の解釈について①「居場所」

#### 三野 宏治

はじめに

——何を書こうとしているのか

「精神障害者福祉においても障害者本人と支援者である専門家の関係の対等性が強調されるようになってきている。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、例えば作業所や授産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。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。」

精神保健福祉分野の専門家と当事者の対等性とはいったい何か。この問いを社会福祉法人心生会地域活動支援センターみのり

を利用している当事者と専門家とともに考えた。2009年度の財団法人大同厚生事業団「地域保健福祉研究助成」の採択事業であるこの意見交換は約10ヶ月間にわたり行われた。冒頭の文章は助成申請を行った際、申請書に記した文章の一部である<sup>1</sup>。

筆者は1996年から精神保健福祉分野に携わっている。現在は秋田県の大学で教員をしている。大学では主に精神保健福祉士・社会福祉士養成課程の講義を担当し、ソーシャルワーク論などを学生に話している。福祉実践を経験した者と議論をする時、経験年数や実践分野が異なる場合でも自らの考えを伝えることは難くない。また、相手の話に関しても自身の経験を重ねることで

---

<sup>1</sup> 研究の成果は、三野 宏治 20110214 「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:7-18に全文が掲載されている  
<http://www.ritsumeihuman.com/publication/files/ningen22/p007-018.pdf>

理解することが出来る。他方、ソーシャルワーク実践に関してほとんど知識のない学生に対してテキストの内容を伝えることは困難だ。文献に記されてある内容を体験的に理解し改めて体系化する作業が必要なのが原因の一つであろう。そしてそれは福祉実践が「名付ける」ことを頻繁に行うが細かな分析は行わないという特徴にも起因している。その上、「名付け」で用いられる言葉の多くが重層的な意味合いを持つことから、結果として福祉実践者にはイメージとして伝わり、福祉実践の経験がない者には言葉の多義性によって各々が納得のいく解釈が可能となる。ただ福祉現場に赴く学生に対する教育の場での話であるなら、あまり曖昧なことも言えない。冒頭で述べた「対等性」という言葉も福祉現場で多用される言葉である。だから、長い時間をかけて考えた/考えている。同様のことはたくさんある。これからの連載では、福祉実践で多用される言葉や概念、理念について、それがどのように使われ始めたかについて述べ、どういった要因によって意味に変化が生じたのかについて考察する。

### 例えばどういうことか

精神（保健）福祉現場に支援者として係わり数年が経過した頃、「その人らしさを支援する」という言葉よく耳にした。筆者自身もこのフレーズを市民向けの勉強会などで多用した覚えがある。しかし同時に「その人らしさ」という言葉と「支援」が素直に結びつかないと直感した。「その人らしさを支援する」とはどのように説明が可能であろうか。例えば、「障害（その他）によって制限のある状況が生じる。そして自身の

望む生活が困難である。よって障害（その他）を起因とした困難や不都合に抗したり不自由がないように手伝いを行う。」という説明は可能であり、現場ではそのような意味合いで使われていた。では、そう言えばよいのだが実際はそうではない。同じようなこととして、仕事を始めた当初「その人の病や障害ではなく健康な部分と付き合おう」と先輩職員からアドバイス（指導だったかもしれない）をうけた。初めのうちは疑問もなく過ごしていたが、健康な部分とだけ付き合うならば特に支援者という存在は必要がないと考えるようになった。これはおそらくストレングスモデルに依拠したものであろうが、その表現や意図するところも正確ではない。

この種のエピソードは福祉実践では多く見られる。筆者が在籍した職場に特有のことでもない。前述した「対等性研究」の実施場所である地域活動支援センターみのみりで筆者は精神保健福祉士数名のスーパーバイズを担当した際、同じような言葉/概念の使用が散見された。例えば「自己決定」が支援者の促しや支援方針を支える理論的な根拠として用いられるのではなく、会議などの結論として使用されていることがある。「彼/彼女の決定だから仕方ないよ」という結論は日常会話では成り立つ。しかし、会議で使用されると「支援困難な状況であるのでなにもしない」と同義である。支援場面では「何もできない」ことは少なくないが、何もできない状況を「自己決定」という言葉で纏め上げることは、「現状ではできないが当該ケースは継続中である」と本来認識すべきことを、「本人が決めたことにより終了」とその質を変化させてしまう。ま

た「地域生活を支援する」という表現あり頻繁に使用される。しかし実際は地域生活のどの部分を支援できるのかについて悩む福祉実践者は少なくない。

「対等がよい」といわれるが、何を持って対等とするのか。またそれは可能なのか。「その人らしさを支援する」こととはどういうことか。「自己決定」は良いことだろうが、その「自己決定」をいつも素直に支援できるのか<sup>2</sup>。

これらの「対等性」や「自己決定」、「地域生活支援」とは何かを正面から考えるには困難がある。仮に正面から考えるとしても言葉のもつ重層的な意味合いと多義性によって翻弄される。だから福祉実践は眼前のクライアント/利用者に対応し、そうすることによって言葉に翻弄されず実践を前進させてきた。この対処/行動の積み重ねを纏めるために「名付け」が行われた。そしてこの繰り返しが福祉実践の歴史であり多くの実践を生んできた。そのことについては敬意を表するものであるし異議は無い。しかし、研究者はその「名付け」に終始するのではなく、それがどのように行われたかについて集積・分析を行う必要があるという認識も同時に持つ。

### 「名付け」のどこに問題があるのか

福祉実践に名前をつけることによる弊害は何か。一つはそれが支援者によってなされているという点だ。自らの実践を殊更説明するよりは、名前をつけたほうが実践者には伝わりやすく当事者にも希望が生まれ

---

<sup>2</sup> 「その人の不利益を呼び込むであろうことが専門家に予測できた場合、その人の「自己決定」に対してどう行動するだろうか」という問題は思いつきやすい。ただ結論は出にくい。

るという利点は否定できない。ただそれは様々な誤謬の起点ともなる。

クライアント・利用者の状況やニーズを支援として行動に移す場合、ある程度の支援者の解釈が介在する。緊急の場合を除いて、表出されたニーズを満たすため直ちに新たな福祉サービスを開始することに違和感を覚える実践者は多いだろう。ニーズの把握からサービス開始までの課程としては、①ニーズが本人にとって有益であるか否かを判断する。②ニーズが表明された理由や背景について調査する。③同様のニーズを持つ人がどれほどいるのかを確認する。という手続きが思い浮かぶ。これらの判断や調査・確認は利用者・クライアントと協働することもあるが、支援者の固有の仕事であることには変わりはない。専門家の判断の連続であるこれらの過程、つまり福祉的配慮<sup>3</sup>については当事者からの批判や専門職者自らの戒めが多い。そしてそれは倫理的・職業的なジレンマとしても紹介されている<sup>4</sup>。これら専門家によるパターンリズムを含んだ解釈・福祉的配慮の過程で「名づけられた言葉」が使用されていたならば「名付け」についての議論の余地はある。

本稿では具体的に「居場所」という言葉を取りあげる。「居場所」と「名付け」られた（＝機能を持たされた）作業所、精神科デイケア、精神障害者地域生活支援センタ

---

<sup>3</sup> 『生の技法——家族と施設を出て暮らす障害者の社会学』では福祉的配慮についての言及がある。脳性まひ当事者の自立生活と施設批判について当事者の口からの語りが収められている。

<sup>4</sup> 本人のニーズがそのまま反映されない場合は多いだろう。入所施設で提供される食事を例にあげると、糖尿病であるその人のニーズが高カロリーメニューであってもそのまま提供されるとは考えにくい。本人のニーズが福祉的配慮によって充足されない。

一について、それぞれの設立の経緯と変遷（どのように「居場所」という名前がつけられたのか）、活動の特徴（「居場所」という名前は正しく当てはまるのか）を述べる。その後、クラブハウスモデルについてふれ「居場所」についての考察を試みる。

## 「居場所」と「名前」がつけられる背景

### その1 作業所について

筆者が精神障害者福祉の分野で働きはじめた前年の1995年（平成7年）に、障害者基本法が改正されている。同年、精神保健福祉法（障害者基本法精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）も新たに制定された。当時、精神保健福祉の支援の中心は保健所の精神保健福祉相談員、精神科病院・医院のソーシャルワーカー、精神障害者作業所の職員などであった。筆者も精神障害者作業所の職員として雇用され、精神分野のソーシャルワーカーと仕事をした。

当時在籍していた作業所は80年代の前半に設立され活動していた。中心的な活動はものであり、作業の内容はショッピングバッグや小学校教材の袋詰めといった内職作業であった。それらの作業を利用者とともに行った。1996年頃、この作業所は限られた人の出入りに限定されていた<sup>5</sup>。この限られた人しか出入りしないという特徴は「安心した状況を確保する」され必要なものと関係機関と支援者には認識されていた<sup>6</sup>。ただ、数年の後にはボランティアや福祉

大学などの実習生を多く受け入れ、限られた人が出入りするという要素は薄らいだ。この変化は作業所＝「居場所」として考えるときに重要である。

黎明期の精神障害者作業所の役割を支援者たちは「居場所」としてきたようだ。しかしその活動内容や考え方の変化に伴い、「居場所」だけではない別の意味をもった作業所を設立するようになった。筆者の修士論文に精神障害者作業所と身体・知的障害者作業所の設立の経緯の違いについての記述がある<sup>7</sup>。長文になるが当該部分を引用する。

『ひろがれ共同作業所』によると作業所は、「養護学校を卒業はしたものの働くところがない」、「学校に通えるようになったがその後の保障がない」といった当事者、家族の思いをもとに作り出された。つまり「何故、作業という手法を取り入れたのか？」とか「作業所における作業の意味とは？」といった類の問いは、黎明期においてはナンセンスであり、「作業所＝働くところだから作業をする」または、「作業所しか働くところがない」と、とても解りやすい答えが返ってくる。

ただ、精神障害者にとっての作業所の意味を考えると、作業所は今まで述べた作業所＝働くところだから「仕事をしたい」、「何らかの理由で仕事をしなければならない」といった明快なものや若干色合いを異にする。まず多くの精神障害者作業所の立ち上げは、医療以外のサービスがなかった時代に始まっている。精神障害は中途障害である

<sup>5</sup> 意図的に利用者、職員等の支援者、家族と限定した側面だけではなく、「用事がないので訪ねてくる人がいない」という消極的な理由によっても限定的な人間による場所となっていた

<sup>6</sup> 2006年に書いた修士論文に「安心した空間が特徴である」旨の記載がある。執筆当時筆者は前

掲の作業所に在籍していた。

<sup>7</sup> 2005年度 立命館大学大学院応用人間科学研究科・対人援助領域 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」に全文が掲載されている。

<http://www.arsvi.com/2000/0603mk.htm>

から、学校（養護学校）等の福祉が無かった。第2に精神病という疾病と障害が並列して存在しているが故、長年において障害者としてみられることはなく、病者としての扱いがなされていた。作業所を設立する場合も、医師や医療機関のソーシャルワーカー、保健所の保健師や相談員などが家族と共に活動したことが特徴といえる。このように精神障害者支援の黎明期には家族や地域の医療関係者が中心であり、牽引役であった。福祉関係者やソーシャルワーカーなどは、あとになって関わったという経緯がある。

大阪府N市の作業所の黎明期を知る人によると、80年代前半に精神科のクリニックの談話室にて、家族が中心になって患者を対象に手内職を始めた。ここでは福祉的就労や就労訓練といったような目的意識は無く、医師の指導のもと作業が行われていた。その後クリニックの業務が忙しくなり、作業をする場所を近所のアパートに移し、作業が続けられることとなったが、その際の費用や専任職員の給与や家賃もクリニックの医師と家族が出し合った。全ての精神障害者作業所の黎明期がこのような経過を辿っているとはいえないが、精神障害以外の作業所の黎明期に養護学校の先生が深く関わっているように、精神障害の場合、医療機関が深く関わっていた。このことは特に珍しいこととは思えない。その人がどのような障害や疾病、あるいは特徴を持ち、その人にどのような支援者が関わっているか、ということである。現に家族という存在が、どの障害者作業所の黎明期にもみられる。家族は障害をもつ当事者にとって、一番身近な存在だからである。」

数年前の論文で文章は稚拙ではあるが、記述の内容に大きな誤りは無いだろう。精神障害者作業所黎明期において精神障害者は家庭と医療機関以外の活動の場所をあま

りもたなかったようだ<sup>8</sup>。そして家族や医療機関関係者は家庭・医療機関以外の居場所の必要性を感じ作業所作りがすすめられた。

しかし、この時期の作業所の設立目的は「居場所」であったが、中心的活動である作業が多様なものになるにつれ「居場所」から「働く場所」という意味を変えた。ここで注目すべき点は作業所に「働く場所」という意味を持たせたのは利用者であったということだ。作業を仕事として捉えようとする利用者のニーズは支援者に伝わり作業内容を多様なものへと変化させた<sup>9</sup>。例えば、内職作業から原料を加工し自主製品を製造し販売する作業がある。喫茶店や食堂などの形態をとり接客や調理を作業として行う例もある。

筆者が作業所の職員をしていた頃に「作業をせず、利用者が過ごす場としての作業所」というものが少ないながらあった。発想としては黎明期のそれと同じであったがそれほど増えなかった。筆者はその実践例を利用者に提供し意義を問うたが、大多数の利用者は「作業をしないならば来ない」という考えを示した。このエピソードは支援者が「居場所」として「名前」をつけることから、利用者が活動内容について意味付けることへ変化した結果を示している。作業に各自が意味を見い出してやってくる。そうすることで彼らは「居場所」を得たといえる。

作業所が利用者の「居場所」であることに変わりはないが、「居場所」が与えられたものから自ら得たものへと変質している。

<sup>8</sup> もちろん、福祉の枠で考える「居場所」に限る。この点については稿を改めて考えたい。

<sup>9</sup> 三野(2006)で詳しく述べている

そしてこの変化が作業によるものであったことは、福祉の文脈で語られる「居場所」を考える場合重要であろう。

## その2 精神科デイケア

作業所利用者は作業をすることで「居場所」を得る。換言すると、頻度の差はあるが作業に参加することが「居場所」作りの前提となる。他方、作業などしたくないが行くところは欲しいという人がある。その人達の要求に応える場所として精神病院や医院の精神科デイケアが機能していた。

精神科デイケアの起源は 1946 年にロンドンとモンリオールでそれぞれ個別に同時に始められたという<sup>10</sup>。日本では国立精神衛生研究所の加藤正明らが 1959 年から 1 年ほど週 2 日程度の頻度で開始し、1963 年加藤らによって本格的な研究が始まった。1974 年には医療点数化され、翌 1975 年には保健所デイケア<sup>11</sup>が開始された。

当初、精神科デイケアの目的は精神科病院からの退院後のアフターケアであった。加藤は著書の中でデイケアの機能について「デイ・ケアの治療機能はデイ患者（メンバー）を自立させることにある。もちろん、これまでにデイ・ケアについて論じられてきた際、デイ・ケアの目的は「患者の挫折を防ぐ」、「対人関係の障害を改善する」、「社会再適応を助長・促進する」、「前就業訓練

をして就労を容易にする」、「就労援助と職親の開拓——試験就職をさせる」などのことにあるとされてきたが、これも相互に全く無関係なものではなく、また、「自立」とも無関係なことではない」と述べている。

加藤・石原（1977）

加藤は精神科デイケアの当初の目的について再入院の予防や社会生活に向けてのリハビリテーションと述べ、具体的なプログラムについて紹介している。その後、精神科デイケアのプログラムは軽作業や室内でのレクリエーション、外出などのほか食事の提供などの幅広いものとなった。利用者はこれらのプログラムへ参加をしたり談笑したりして過ごす。

作業所においても食事時間に友人と話しをしたりレクリエーションプログラムに参加することもありえるが、精神科デイケアではプログラムに参加することより、デイケアという場に通うことに重きが置かれるようだ。平成 21 年 6 月 4 日「第 18 回 今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の資料によると、デイケア利用の目標（担当者による評価による）は再発・再入院予防が最も多く、ついで慢性期患者の居場所となっている<sup>12</sup>。

<sup>12</sup>平成 21 年 6 月 4 日「第 18 回 今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の資料によると、実施されているプログラムは家事等・日常生活技能の習得が最も多く、症状や再発サインへの対処スキルの獲得、疾病と治療についての理解、復職支援、服薬アドヒアランスの向上、その他の特定の目的となっている。

再発・再入院予防、慢性期患者の居場所について、薬剤処方についての相談・調整、回復期リハビリテーション、就労支援、在宅急性期医療の一環、と続く。平成 20 年度厚生労働科学研究補助金「こころの健康科学研究（「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の成果に関する研究）主任研究者：竹島正、分担研究者：須藤浩一郎 からの援用である旨の記載がある。

<sup>10</sup> 加藤正明 1974 「デイ・ケアとは——その発想と意義」『デイ・ケアの実際』pp5-16 牧野出版から。また加藤は「1927 年ソ連（当時）のハリコフで始められたというが、どのような考えではじめられたか不明である」としている。

<sup>11</sup> 精神障害者回復者社会復帰相談指導事業が保健所がおこなう地域精神保健事業として開始された。吉川武彦 1996 『これからの地域精神保健——病院看護と地域看護の連携を求めて』医学書院

しかしこの精神科デイケア利用目的の変容について精神（保健）福祉は「精神医療の囲い込み」と批判する。福祉現場でよく聞く批判としては「デイケアは医療行為の場であり「居場所」として機能させるのは問題である。「居場所」は医療行為ではないので福祉に「居場所」の機能を委譲していくべきである」というものである<sup>13</sup>。精神科デイケアを特定してではないが、社団法人日本精神保健福祉士協会が「2005年5月11日「障害者自立支援法案」についての見解」のなかの「精神障害者福祉政策に関する個別課題」で「精神医療の囲い込み」批判についての言及がみられる<sup>14</sup>。退院するとデイケアに通い、病状が悪化すると入院をする。その繰り返しは「精神医療の囲い込み」である。精神（保健）福祉領域はこの点を批判する。

では、入院から退院そして生活という医療という枠組みでの過程に福祉が用意した「居場所」が加わることで「囲い込み」問題は解決するのか。この点について、精神障害者の「居場所」を意識して創設され活動している精神障害者地域生活支援センタ

ーを取り上げ考察する。

### その3 精神障害者地域生活支援センターについて

精神障害者地域生活支援センターは1997（平成9）年「精神障害者地域生活支援事業」制度化され、1999（平成11）法定化された。精神（保健）福祉分野においてこの施設の創設は大きな出来事であった。

精神障害者地域生活支援センターが創設された前後の時期、精神保健福祉領域のソーシャルワーカーのなかには「福祉がやるべきことが精神医療領域によってなされており、それを福祉に分離・委譲させるべきだ」という考えをもつものがいたことは述べたとおりだ。この考え/感情は医療機関に所属しているソーシャルワーカーにも少なからずあった。それは前述した作業所作りの経過からもわかる。

地域生活支援センター以外の精神障害者社会復帰施設には「精神障害者生活訓練施設（援護寮）」、「精神障害者福祉ホーム」、「精神障害者授産施設」、「精神障害者福祉工場」がある。これらの施設は市区町村社会福祉法人や医療法人によつての設置が可能である。ただ、多くの精神障害者社会復帰施設は医療法人が設置主体となっており地域生活支援センターも1999年の法定化以前は医療法人が設置主体となることが多かった<sup>15</sup>。理由として、1999年まで精神障

<sup>13</sup> 精神医療に限ったことではない。この場合批判する側である（精神保健）福祉に対しても同じような批判はある。指摘として『生の技法——家族と施設を出て暮らす障害者の社会学』、小田敏雄[2011]。また、「囲い込み」という言葉を適当なものとして使用するは否かは別にして、福祉の同様の問題については稿を改めて考察したい。

<sup>14</sup> 社団法人日本精神保健福祉士協会 HP 〈精神障害者福祉政策に関する個別課〉  
<http://www.japsw.or.jp/ugoki/yobo/2005.htm>  
2. 市町村における精神障害者生活支援体制整備への国の役割と責任を明確化すること  
……精神医療の地域偏在や精神医療による福祉的な囲い込みは歴史的で政策的に福祉政策の遅れを招いてきた。この軌道修正をすべて市町村の責任で行うことには困難が伴う。……

<sup>15</sup> 厚生省保健医療局長通知の「精神障害者社会復帰施設設置運営要綱」に社会復帰施設の設置及び運営主体は、都道府県、市町村、社会福祉法人その他の者とする。との記載がある。要綱の冒頭の記された都道府県知事あての依頼に「貴管下市町村長、社会福祉法人及び医療法人等の関係機関に対し、貴職から通知されたい。」とあり、その他の者として医療法人が考えられ

害者地域生活支援センターは既存の精神障害者社会復帰施設に付置する形で制度化されていたため、作業所等の精神障害者福祉を担う多くの団体が法人格を持たず社会復帰施設をもてなかったことがあげられる。

1999年以前、社会復帰施設の設置主体の多くは医療法人であったため、精神病院の敷地内や近隣に施設が建設され運用されていた。そのため社会復帰施設に付置する形で作られた地域生活支援センターの多くは精神病院の敷地内にあり、福祉領域あるいは精神科診療所のソーシャルワーカーは良い評価を下していなかった<sup>16</sup>。その後、病院の敷地の外に医療法人以外が設置運営する精神障害者地域生活支援センターが多く作られるようになる。

では、精神障害者地域生活支援センターの活動の目標とは何であろうか。精神障害者地域生活支援事業実施要綱<sup>17</sup>ではその目的を「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、精神障害者の社会復帰と自立と社会参加の促進を図ること」としている。

具体的な事業内容は、(1)日常生活の支援、(2)相談等電話・面接及び訪問により服薬、金銭管理、対人関係、公的手続等日常的問題、夜間・休日における個々人の悩み、不安、孤独感の解消を図るための助言、指

る。

<sup>16</sup> 筆者が参加した精神障害者地域生活支援センターのフォーラムでは「医療法人立の支援センターが批判されているが、活動内容が正しければ設置主体や設置場所などは批判の対象とはならないはずだ」という主張が医療法人立のセンタースタッフより発せられた。

<sup>17</sup> 厚生省保健医療局長通知(平成8年健医発573)各都道府県知事、指定都市市長宛「精神障害者地域生活支援事業実施要綱」

導、(3)地域交流等(場の提供)、(4)その他地域の実情に応じた創意工夫に基づく事業の四つである。四つの事業内容の中でまず注目したいのは(1)の日常生活の支援である。具体的にはどのようなことを言うのか。前出の要綱によれば「住居、就労、食事等、日常生活に即した課題に対して、個別・具体的な援助」とある。実際にセンター内で行われている日常生活支援の事業で多いものは「実費負担の食事の提供」であろう。これは筆者の現場経験に由来するのだが、様々な精神障害者地域生活支援センターのホームページでは実費負担の食事の提供(サービス)が記されている。栄(2008)も精神障害者地域活動支援センターの日常生活支援について、「訪問サービス」88%、「入浴サービス」54%、「昼食サービス」42%、「夕食サービス」38%(2000年10月31日から1月25日に204箇所の地域生活支援センターを対象として実態調査)と述べている。

また、(3)地域交流等(場の提供)については明確に「居場所の提供」としているセンターが多い。

ここで「居場所」は提供されるものかという問いを立てる。言い換えると、かつて精神(保健)福祉領域から精神科デイケアに対する「精神医療の囲い込み」批判と同様なことが起こっている可能性はないかという問題提起である。

「居場所」が作られた後さらに食事や風呂が提供される。利用者の意味付けが希薄な「居場所」であるという点と実施サービスの内容において精神科デイケアと同質である。何を行うかによって名付けられた「居場所」脱し各々が意味付けた「居場所」へ



変化させることはあり得るが、「居場所」を作りそれを提供することを続けること（端的に言うと、福祉施設で出された食事を取り、何もせぬまま1日を過ごしている）は精神科デイケアに対する批判した点と同じであろう。医療から福祉へある機能を委譲させるとき、或いは専門家が預かっていたその人の主体性を本人に返す時に重要な要素として、誰が何を行いどのように参加するのかとい点があるだろう。必要なことは「居場所」という空間そのものではなく、「居場所」を各々が得るための取り組みである。空間としての「居場所」やそこでのプログラムは環境の一つに過ぎない。「居場所」作りは継続的な活動でありその取り組みは専門家の行いだけでは成し得ないものだろう。

2010年10月14日に行われた「第8回民主党障がい者政策PT」でNPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会（通称：あみ 以下、あみとする）は「障害者制度改革のあり方について」を提言している。その中であみは「居場所」機能の強化を謳っている。この「居場所」機能の強化を求めるあみの主張とこれまで述べた「居場所」に関するこの問題提起は立場を異にしない。「居場所」機能を利用者の活動によって各々のものに変容が可能であり、そのための条件整備の為にプログラムや場所が必要であるという主張に意義はないからだ。あみの主張は「障害者自立支援法における「就労」「訓練」への偏りを改善するため、従来の小規模作業所や精神障害者地域生活支援センター等が地域の中で担ってきた「居場所」としての機能—「安心」「安全」の確保—について、新たな個別給付事業の制度化

を含めた検討を行うべき」というものだ。これは制度によって「就労」「訓練」と福祉サービスが限定されることは、当事者が意味付ける余地を奪う事に抗するものであるとも理解できる。ただ、この主張をいかに捉え実践に移してゆくかについては更なる議論が必要だろう。

### まとめにかえて

「精神医療の囲い込み」について精神（保健）福祉の立場からの批判と、精神障害者地域生活支援センターの「居場所」には共通する点が見られることは述べた。そして利用者が何かをする事によって「居場所」を得て行くこと、そしてそれには空間やプログラムが大きな役割を果たすことも指摘した。

ここで精神障害者のリハビリテーションモデルの一つであるクラブハウスモデルを紹介する。

クラブハウスモデルは、アメリカ・ニューヨークで始まった精神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。

[……]

クラブハウスモデルの特徴は、「仕事に律せられた一日」という考えを基にしたプログラムをもつこと。本人の意思によるプログラムへの参加と、メンバーとスタッフのパートナーシップをそのプログラムに反映したこと。プログラムは療法ではなく「仕事」であることを明示したことなどが上げられる。

[……]

クラブハウスの活動は通常、月曜日から金曜日の1日8時間である。「仕事」は外部からの委託ではなく、クラブハウスの維持にとって必要

な仕事をメンバースタッフの区別なしに行う。  
また、「過渡的雇用」(Transitional Employment : TE)という独自の一般就労に向けてのプログラムをもつ。

三野 (2009)

以上のようにクラブハウスモデルの取り組みの中心は仕事であるが同時に利用者の「居場所」をことさら強調する。クラブハウスでは利用者がクラブハウスに来ることや一度離れて後に還ってくることを権利として明文化している。また同時にクラブハウスモデルは意味のある仕事を提供し、意味ある人間関係を作るという権利も利用者に対して示す<sup>18</sup>。これらの権利の他にクラブハウスモデルは国際基準というものをもつ。クラブハウスモデルは全世界で実践されているモデルであり、そのベースとなる考えから大きく外れないために、活動やメンバースタッフの関係、立地条件などの考え方が国際基準として存在する。ここまで述べただけでもクラブハウスの活動が規定や基準によって定義付けられている事がわかるし実際にそうである。しかし、クラブハウス利用者は「クラブハウスは自分の居場所です」と異口同音にいう。しかもそれは自ら得たものとしての「居場所」である

---

18 ・“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)

と主張する。その理由を筆者はクラブハウスにおける労働と関係があると考え<sup>19</sup>。クラブハウスでの労働は無給である。ただ、働くことで仲間や協力して仕事をするというスキルを得る。労働の対価として得るものがある。また、定められた規定は、全世界にある400箇所のクラブハウスが同一のものを用いるが、各々のクラブハウスにおいてその基準についての解釈や矛盾点に関しての話し合いが行われる。そして世界大会において改定がなされる。もちろんそれぞれのクラブハウスの意見が必ず反映される保証はない。しかし全世界のクラブハウスに対して意見を述べる権利を持っていることが彼らの活動の根幹にある。クラブハウスがもつ規定された活動とその活動を自らのものにしていく仕組みは大変巧みである。これらの要因から利用者はクラブハウスを自らが所属している場であると言う。

「居場所」という言葉は冒頭に述べたように福祉実践者や実際に利用しているものや関わりのあるものが会話の中では使用する場合において便利なものかもしれない。ただ、それではマジックワードのようなものだ。「居場所」という多義的な言葉に実際の活動を回収させてしまうと、その活動の過程や現在の取り組みそこに集う人々の泣き笑いが隠れてしまう。さらに利用者にとっては与えられた「居場所」を自ら得た「居場所」に変化させるための多くの工夫と長い時間が必要になる。極端に言うと「名付け」る主体が専門家であるならば当事者の動きの足かせになり得るとのことだ。この与えるものから自ら得るための支援をするという考えは現在の福祉に潮流であろう。

---

<sup>19</sup> 三野 (2011) で詳しく述べた。

ただ、ここでもやはり「自立支援」という耳障りの良い言葉に実際の「困難さ」が隠されている。

大学の講義で「居場所をつくるとはどういうことでしょうか」や「自立を支援するとはどういうことでしょうか？」といった質問を受けたときにどのように回答できるだろうか。知っている福祉実践を例示せずに答えられるだろうか。そのような動機で書き始めた。結局、結論めいたものは出なかったし、今後も出ないかもしれない。ただ、読んでくださった方がそれぞれ考えてくださるきっかけになればと思っている。筆者も考えるきっかけのつもりで書いた/書いていきたい。だから、異論や反論はぜひ伺いたい。(三野: nennemusi アット (←@に変換してください) gmail.com )

今回は「自立を支援する」ことについて考えてみたい。

### 参考文献・URL

- 安積 純子・尾中 文哉・岡原 正幸・立岩 真也  
1995 『生の技法——家と施設を出て暮らす障害者の社会学 増補・改訂版』, 藤原書店
- 吉川武彦 1996 『これからの地域精神保健——病院看護と地域看護の連携を求めて』 医学書院
- 加藤正明 1974 「デイ・ケアとは——その発想と意義」『デイ・ケアの実際』 牧野出版
- 石原幸夫 1977 『精神科デイ・ケア』 医学書院
- 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」 2005年度 立命館大学大学院応用人間科学研究科・対人援助領域 修士論文
- 2009 「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.

——— 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:7-18

——— 2011b 「クラブハウスモデルの労働とは何か?」『生存学』 Vol.3 :174-184 生活書院

小田 敏雄 2011 「精神障害者支援におけるパートナシップとエンパワメントに関する研究—退院促進支援事業の当事者支援員と専門職へのインタビュー調査から—」 『東洋大学大学院紀要』 第 47 集、pp285-303

栄 セツコ 2008 「精神障害者の地域生活支援——障害者自立支援法施行に伴う精神障害者地域生活支援センターの移行に関する一考察——」『桃山学院大学総合研究所紀要』 第 34 巻第 1 号 p p 57-71

厚生省 平成 21 年 6 月 4 日 「第 18 回 今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0604-7b.pdf> (2011 年 8 月 14 日 閲覧)

厚生省保健医療局長通知 「精神障害者社会復帰施設設置運営要綱」  
<http://www005.upp.so-net.ne.jp/smtm/page1501.htm> (2011 年 8 月 14 日 閲覧)

厚生省保健医療局長通知 (平成 8 年健医発 573) 各都道府県知事, 指定都市市長宛 「精神障害者地域生活支援事業実施要綱」  
<http://www005.upp.so-net.ne.jp/smtm/page0901.htm> (2011 年 8 月 14 日 閲覧)

社団法人日本精神保健福祉士協会 HP 「障害者自立支援法案」についての見解 〈精神障害者福祉政策に関する個別課題〉  
<http://www.japsw.or.jp/ugoki/yobo/2005.htm> (2011 年 8 月 14 日 閲覧)