

研究論文 (Articles)

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——¹⁾

三 野 宏 治

(立命館大学大学院先端総合学術研究科)

How the Concept of “Equal Relationship” is Understood between Social
Workers and the Users of Mental Health and Welfare Services : Based on
Group Interviews with Social Workers and Service Users

MINO Koji

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

In the field of mental health and welfare, the equal relationship between social workers and users of the service has been emphasized as important. However, how can it be achieved? In this paper, the writer investigates how social workers and the users involved in the mental health and welfare interpret “equal relationship”, in order to find out how we can use the concept of “equal relationship”. The research method involved 25 discussions on “equal relationship” held among users of a psychiatric facility and social workers who work there. Additionally, interview sessions were held with psychiatrists at a clinic, social workers and users of psychiatric facilities. As a result, the study found that the concept of “equal relationship” has been emphasized as important only for social workers in their education and training. However, the users have not been educated thusly, and have not considered its importance. Therefore, the users do not have a clear concept of “equal relationship” but just demand actual services from the social workers to fill in the gaps of their daily lives. In other words, this shows that the concept of “equal relationship” that the social workers have in mind is not efficient to fulfill the practical needs of users. This paper reveals that the definition of an “equal relationship” itself is not so important. The important point is that how the social workers and the users understand this “equal relationship” and make the concept work to improve the users’ lives. The actual practice of “equal relationship” can vary from case to case, and there may be wrong practice, too. However, it is an important aspect to determine if utilizing this capability is really equal for each practice in order to build an equal relationship between social workers and users.

Key Words : mental health and welfare, social workers, users, equal relationship

キーワード：精神保健福祉，ソーシャルワーカー，当事者，対等性

1) 本稿のもとになった一連の議論や調査は筆者が研究代表を務める「2009年度財団法人大同生命地域福祉研究助成」の対象研究である。

はじめに

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対等な関係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。この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。

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。ただ、先に述べたように「対等性」の問題は単純ではない。同様にクライアントの「自己決定」に関しても同様の議論があり支援関係における問題は複雑だ。望月昭は「自己決定」について「個人的な主観的状况ととらえたり、放任と混同したり、単に選択場面さえ設定すればよいと誤解してはならない」（望月，2009）と述べる。また児島亜紀子は福祉実践を想定した形での「自己決定」に関して述べている。児島は「社会福祉領域において「決めること」と「責任を取ること」とが、ある場所では援助者の誤認を、別の場所ではクライアントの駆り立てを生み出している」という（児島，2002）。これらの「自己決定」に対する指摘は「対等性」についてもあてはまる。

専門家と当事者との関係に関して稲沢公一は

援助関係には非対称性が伴う事を述べたうえで、非対称性の正体として苦しみから「逃げられぬもの（当事者）」と「逃れられるもの（援助者＝専門家）」との相違であるとしている。そして先ほど述べた構造的な非対称性「逃げられぬもの（当事者）」と「逃れられるもの（援助者＝専門家）」を認識したうえで、「逃げられぬもの（当事者）」と「逃れないもの（援助者＝専門家）」という新たな関係に変換し発展していくことが可能となると述べている（稲沢，2002）。

「自己決定」に関して、樋澤吉彦はパターンリズムの文脈で「自己決定とパターンリズムは対立するものではなくて、あえて言うなら補完的關係になる」と述べる（樋澤，2009）。また障害学の立場から立岩真也の「自己決定し自立する能力を有することは、その者の存在を認める要件とはならない。しかし、「自己決定」は肯定される」（立岩，1999）という言葉が見られる。これら多くの先行研究では様々な立場から「対等性」あるいは「自己決定」に関して検証がなされてきた。しかし、実際の福祉場面において専門家が何を思い、当事者がどのように考えているのかを記述し考察したものは筆者の管見では見つけることができなかった。

そこで、本稿では地域活動支援センターみのり（大阪府交野市）で障害当事者、精神保健福祉士などの専門家とこれらの問題意識のもと行った意見交換と討議から「対等性」について論ずる。また、地域活動支援センターみのりでの25回にわたる議論（以下、グループインタビュー）と調査で得た知見をもとに、精神医療の現場や福祉実践で「対等性」がどのように理解され具現化されているかを明らかにする。同時にその解釈や実践における問題点と今後の方向性を示すことを試みる。

I. 問題意識と原問題不在の問題点

PSW（精神保健福祉士）の倫理綱領²⁾は「Y問題」を起点に整備された。「Y問題」とは、1973年当事者のY氏による「ソーシャル・ワーカーによって不当に強制入院させられた。二度と人権を無視し、侵害することのないよう」という訴えを緒とする一連の動きを指す。このY氏の訴えを10年にわたり検証したのち、日本精神保健福祉士協会の倫理綱領が制定された。「Y問題」は精神保健福祉士の間ではよく知られており、専門職者の養成課程や研修において頻繁にとりあげられ繰り返し述べられている。「Y問題」が取り上げられる際、「このような人権侵害を二度と起こしてはならない」といった戒めの言葉として、あるいは「この問題から倫理綱領が制定された」といった倫理綱領制定の文脈で語られることがほとんどである。

しかし、それぞれの精神保健福祉実践や職能集団全体として人権問題を考える必要が生じた際に「Y問題」に立ち返るかというとはほぼそのようなことは無いと言ってよい。前述したように「Y問題」は倫理綱領の起点として認識されており、「なぜ同意なしの強制入院がいけないのか。そのような場合は決してないと言えるのか」という問題を考える場合の原問題となりえていない。この原問題の不在は、倫理綱領にみられる専門家と当事者の理想的な関係において混乱をもたらす。

対人支援場面での専門職者と当事者との関係は非対称性とされ、その特徴は提供者側からの一方通行になりやすい、非競合的・独占的になりやすい、問題が生じた場合の因果関係が特定しにくいなどである。また専門職者が意識すべ

き点としては、サービスを受け取る側での何らかの権利保障や消費者としての立場を守る仕組み、援助者の倫理基準作成などが非対称性に関して意識される必要がある（中村、2001）。

しかし、この非対称性を意識し実践において不具合をなくすきっかけでもある倫理綱領の「対等という関係性」というコンセプトが、現場実践では専門家の行動を図る基準としてではなく、努力せずとも築けているものとして専門家によって認識されている可能性は否定できない。グループインタビュー当初、筆者の「利用者との対等性」を考えたいとの発言に対してある精神保健福祉士は「当事者を弱者・支援の対象者としてみる事こそ、対等ではない」という。また、「同じ場所で同じ作業をしている。これはまさに上下の無い関係だ」と述べた。

筆者はかつて精神保健福祉実践に身を置き、前掲したような専門家の「対等性」についての認識と同様の経験をして同時に混乱した。例を挙げると、「彼（当事者）は大人であるから自分ですべて決めてもらうよう」と上司から指示を受けた。しかし、実際は生活支援・指導という名目で飲食やタバコの制限指導を行うこともあった。食事生活が豊かになると喜ぶ当事者がいた反面、「タバコや食事くらい自由にしたい」という者もいた。一方で、タバコや食事の指導に一切応じない当事者に関しては、それが原因で金銭的困窮が予想されても、それ以後の具体的支援や面接を持たず「ご本人が決めたことだから」と自己決定を強調することがあった。このような事例は極端であろうが、類似した「本人の自己決定」（専門家のあるべき行動）と「強制も含む支援」（支援の実際）の関係を、専門家が無意識のまま「言い訳」に使っていないかという疑問は常に持っている。

本稿は倫理綱領作成の起点となった「Y問題」が精神保健福祉士の行動規範における原問題となりえていないことを認識した上で、倫理綱領

2) 社団法人日本精神保健福祉士協会WEBサイト <http://www.japsw.or.jp/>（2010年6月10日アクセス）に詳記されている。

のいう「対等性」がいかなるものであるかについてグループインタビューを基に考察する。

Ⅱ. グループインタビューの概要

大阪府交野市の地域活動支援センターみのりにおいて利用者（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・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³⁾で行い、静岡県浜松市のびあクリニック⁴⁾にて「対等性」についての考えを聞いた。

グループインタビューを行う際、同一属性のグループに対してのことが多い。ただ、今回は専門家と当事者との関係性を含めたものを調査するという特性があるため、専門家と当事者という本来非対称な存在として語られるポジションに属する人に自由な意見交換をしてもらうことからはじめた。この属性を単一に同定しない調査のデザインは結果として、延べ180人の参加者と10ヶ月という長期間の調査へ発展した。その結果、「対等性」という考えが議論の進行とともに当事者と専門家との関係を規定するだけでなく、それ以外にも対人支援実践において有益な役割を果たすということがわかった。

筆者はグループインタビューを行った地域活動支援センターみのりに2007年11月から職員に対するスーパーバイザーとして関わっている。筆者を「大学で研究をしている人」という認識

で捉える当事者は少なくない⁵⁾。本稿で述べ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時にみのりの談話室の一角で行う事を初回に伝えた。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4-10人と専門家1-3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した。またその記録自体は公表しないこと、記録をもとに報告書と論文執筆を行う事の同意を得ている。

インタビュー初回は、本稿の冒頭に記したように本研究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は各々の考えやそこからの意見交換が内容であったが、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おいて司会の筆者が「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。その後の19回のインタビューでは専門家と当事者との「関係性」について各自の考えを聴いた。「関係性」という言葉は5月10-11日に調査で赴いた浜松市のびあクリニックの専門家が重要と意識している言葉である。つづく20・21・22・23回のインタビューについてもこの「関係性」について語りが続いた。24・25回目はこのインタビューに参加し感想を聴いた。本稿で列挙した語りはインタビューにて繰り返された内容と筆者が問うた「対等ではない

3) 2009年10月23日実施。精神障害者小規模作業所時代より作業種目を「弁当製造と配達」としている。地域活動支援センターみのりと同一法人が設置運営主体。

4) 2010年5月10日11日実施。院長の新居昭紀医師、PSW、患者にインタビューを行った。

5) 利用者が私を紹介する時に「立命館大学で研究をしている人です」としている。「スタッフですか」と問い直されても「大学院で勉強している人です」と等という。本稿のグループインタビューの結果と私の立場/利用者の認識が無関係であることはないであろう。

場合」と「関係性」という課題につて述べられたものである。

Ⅲ. 対等性という言葉の多義性と、それがもたらす専門家の混乱と当事者の考え

グループインタビューの当初、専門家は精神保健福祉分野における専門家と当事者の「対等性」を「人間としての対等」と同義であると主張した。これは「対等性」の持つ多義的で重層的な意味合いから来るものであろうが、当事者たちは「人間としての平等という理想を掲げるが実際そうではない」、「専門家に対して「対等性」を求めない場合がある」という意見を述べた。

本章ではこれらのグループインタビューで聞かれた専門家と当事者の意見を紹介するとともに、「対等性」が専門家によってどのように扱われているかについて考察する。

Ⅲ-1. 「対等性」を巡る当事者の考え

「対等性」を考えるにあたって、対等という関係を望むかという問いに当事者は「対等であると困る」や「対等であると専門家の意味がない」、「看板を上げている時点で対等ではない」と述べた。具体的には、「指示や指導という専門家の仕事は必要である」「問題があり、解決のために専門家のもとを訪ねるのだから、言葉どおりの対等であると困る」「しんどい時や判断がつかない時には、説明を重ねてもらいより、専門家が決めてくれた方がよい」というものだ。加えて「専門家には困った場合に相談をする。そしてそれはしたてに出たほうが上手くいく。だからお願いするように頼むのだ」、「医者とは違う関わりを望みます。数分の診察で薬をくれる/もらう関係ではなく、長い間一緒にいて自分にあったアドバイスがほしい」、「専門家は少し上から見てくれないと安心して相談できない」といった意見も多くみられた。

Ⅲ-2. 「対等性」を巡る専門家の混乱

ここで専門家が「対等性」についてどのように考えているのかについて述べる。

専門家の考えとして多く見られた意見は「人と人に上下はないということか…。しかし社会にはさまざまな上下関係があり、同じ人権を有しているは点では対等」あるいは「人間として対等であることは当然であり、考えること自体がすでに対等でない」というものであった。他方、「利用者と支援者の望ましい関係とは何か」というより具体的な質問に対しては、「互いが立場を知り、理解し尊重し合える関係が望ましい」や「一定の距離を保った関係」や「メンバーの困っていること、負っている課題と一緒に考えられるような関係。けれどそれは、友達のそれとは話しあう内容も細かさも違います」という職業としての支援を意識した意見が多くを占めた。

倫理綱領の「自己決定の尊重」を記した箇所では、クライアントの自己決定を尊重しそれを可能にするような支援が望ましい旨が記載されているが、同時に自己決定が困難な場合クライアントの利益を守るための最大限の努力をすることも明記されている。ただ、自己決定が困難な場合における専門家の具体的な対応として、どのような行動が想定されるかについては、専門家と当事者では相異なる。「対等ではない時」という課題を設定して意見交換を行った際、当事者からは「保護室に入れられた」「強制入院させられた」などの様々な経験が語られた。一方で専門家はその経験を聞くだけであった。司会を務めた筆者が、「自他に加害的な行為をした場合、専門家はどうするのか」という質問を専門家に投げかけた。専門家は「とにかく話をする。そしてその人がなぜそうしたのかを聞く」「やはり高圧的に専門家が押さえつけることはしない」という。その意見を受けて当事者は「その人のことも大事だが周りにいる多くの人の安

全が大切だ」「病状が悪くなったときは説得してもわからない場合もある」「話を聞くといっても、実際はそういうことは少ないのではないか」と答えている。それは「対等性」と支援の関係が単純ではないことを示している。Ⅲ-1で述べた「対等であると都合が悪い」や「対等でないことは当然」といった当事者の意見は自明であるにもかかわらず、「専門家の態度」についてのずれは、しばしば議論の対象となり、専門家の混乱を招いた。

専門職者の行動指針である倫理綱領で謳われている「クライアントに対する責務：自己決定の尊重」と「対等性」が持つ多義的な意味合いにより議論がかみ合わない状況が続いたのだが、議論の不成立と専門家の混乱の原因を分析することにより次の2点が明らかになった。まず、倫理綱領やテキスト⁶⁾に書かれている「あるべき姿」と現実の関係には“ずれ”があること、その“ずれ”は自明のことであるに関わらず専門家が「ずれている」として改めて認識することが多くないことを示している。この“ずれ”の認識と意味づけは、専門家と当事者それぞれにとって重要であり、かつ、「対等性」というコンセプトが精神保健福祉の臨床場面において持ち得る役割の付与への起点となり得る。この点についてはⅣ章Ⅴ章Ⅵ章で述べる。

Ⅲ-3. 「対等性」と支援者の態度

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ということが続いた。数回の意見交換の後、発言の少なさについて理由を問うと「専門家の自分が意見を言う事で、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ていた」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援助以上の過保護だ」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。しかし問題は言葉の重層的な意味だけではない。言葉の多義性に問題があるとし、様々な解釈ができないような表現にすると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。故にあえて重層的な言葉を用いる必要がある。ではその狙いをどのように理解すればよいか。理解したうえで「対等性」がだれに対してどのような意味を持ち得るのかを述べることで「対等性」の付与された役割について考察する。

Ⅳ. 行動規範に「対等性」を読む

本稿の問いである「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における混乱にあることは先に述べたとおりであり、精神保健福祉士として福祉現場に携わる中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た。それは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であった。この疑問を解決する方法として「対等性」が誰に対して強調されるかについて考察していく。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ていることは明らかである。「対等性」が専門家の

6) 日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会(編)(1998)「これからの精神保健福祉——精神保健福祉士ガイドブック」へるす出版を参考にした。

みに強調されると、「対等性」の意味づけはいかなるものになるのかについて次に述べる。

IV-1. ぴあクリニックでの元PSWの意見

浜松市の精神科診療所ぴあクリニックでの聞き取り調査では、すべての人が「対等性についてはほとんど考えたことが無い。ただ、日々の生活の中で重要であると思うのは関係性であると思う。そこで互いが納得できるのであればよい」と答えた⁷⁾。また、現在大学の教員で長くPSWとして働いてこられた佐々木敏明氏に「対等性」と専門家の行動規範について意見を伺った。佐々木氏は「Y問題」のY氏とも会い、検証の10年間で地方のPSW協会の役員として、また現場のPSWとして過ごした。佐々木氏は「実際に「Y問題」を経験し、検証作業を行っているときは「対等性」とは何かを考えながら仕事をしていた。そして患者との信頼を含むさまざまな「関係性」を作り上げていくなかで、「対等性」を具現化していた。ただ、教科書を含めた行動規範に「対等性」や「Y問題」が記述されてしまうと、本来実践で模索すべきものの答えを安直に得たようになってしまう。正解である以上、考えることも工夫することもない可能性がある。言葉や文字になってしまうことの弊害ではある」と指摘した。

IV-2. 専門家の行動規範における「対等性」が付与された意味

行動規範における「Y問題」の取り上げ方や聞き取りでの「実践が重要である」という意見

に異議は全く無い。しかし、実践と倫理綱領などの行動規範を乖離させずにおくためには、佐々木氏の経験である「自らの実践と“あるべき姿”を照合し専門職としての仕事をする中で、「対等性」を具現化してきた」という経験を参考にすべきであろう。

専門家の仕事（支援）には当事者の意見を全て尊重し要望に漏れなく応えていては、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強制的な動きをする場合もありえる。その権力性は専門家というポジションにいてるだけである程度付与されてしまうものでもある⁸⁾。それら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に対しての「戒めの言葉」という役割を持たされている。そして「戒めの言葉」から導かれたあるべき姿が「対等性」であることといえる。

しかし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とおりである。「対等性」という考え方が有効となるのは、関係性の問題として双方の問題であるとしたときである。しかし現状では専門家と当事者がその権力性においてまったく非対称であるが故、専門家にのみ強調されている。この「対等性」が専門家にのみ規範として強調されるとそれは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。ただこの結論では本稿の問いに応えたこととはならない。では「対等性」という言葉は専門職者の戒めの言葉以外の役割を持ち得るのか。次章以降その可能性について論を進める。

7) 2010年5月10-11日実施。調査者は三野宏治、竹之中裕子（地域活動支援センターみのり）の2名。聞き取り調査に加え、診療所併設の憩いの空間「虹の家」のプログラムへ参加をする。「虹の家」はデイケアや療法を行うところではなく、集う場を目的に建てられた。当初クラブハウスモデルをめざしたが、クラブハウスモデルの基準（クラブハウスは独立した場所を有する）ことに抵触するため断念し現在の形となる。

8) 経験の浅い専門家が専門家であるということだけで個人に専門的な能力が備わっていないにもかかわらず専門家としての仕事（支援）ができることからわかる。この点についてはグループインタビューでも言及された。「ずいぶん年下の新人スタッフも、やっぱりスタッフさんですよ」と当事者のある人は述べた。

V. 当事者の役割を確認するための「対等性」

当事者が専門家との「対等性」を強調される機会は多くはないだろう。少ないその機会を想像しても専門家による「エンパワメント」を強化するという視点による支援の一環であり、専門家の仕事といった文脈を脱しえない。

では「対等性」が当事者に向けられたときどのような意味を持つのか。グループインタビューにおいて「対等性」について専門家によっての強制介入時の議論を例に挙げて述べる。

V-1. 自身の理解の起点として

19回目のグループインタビューでの筆者の「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ついて次のような経験を語った。「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、当事者の責任について話が及んだ。

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。5年間も強制入院させられたことについて、全てが「仕方ない」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ったら困るという観点から良くはない。また暴力沙汰を起こし、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、その根拠の「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いうのがその内容である⁹⁾。

同じような体験として入院中の保護室の話が出された。「入れられた理由がよく分からない」というものから「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、ちがった結果であったかも知れない」という意見も聞かれた。保護室の使用について専門家の理由は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。

この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。アメリカの精神障害者の地域ケアシステムであるACT (the program of assertive community treatment) では、心神喪失状態に陥り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チームで締結するという。同意書の締結が身体拘束を肯定するか否かはここでは述べない。ただ、ACTにおける同意書の例とこれらの議論は当事者の果たし得る責任に関して考える起点となった。自身の病気について医師や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という問いである。

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

9) この議論では当事者の様々な経験が述べられた。「説明と議論によっては保護室に入れられることを回避できたのではないか」という経験以外にも、「薬を飲みたくないには理由がある。副作用でボーっとしたりよだれが出たり集中できなかつたりする。医師は病気を治す以外にも患者の意見を聞いたうえで調薬する必要があるのではないか」など生活の一部となりうる場面についても意見が出された。

ことで、回復の見立てがつくからだ。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くからだ。

強制入院については保健所の精神保健福祉相談員が上記のような見解を述べた。この見解は関係性の問題とかかわりが深い。述べられた「回復の見立てがつく」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ているなら、説明と同意といった手続きがあったにせよ根本的な問題は解決しない。また、それは専門家の工夫や方法だけでは解決しない問題であろう。

V-2. リカバリー思考に「対等性」を読む

自分自身の病や障害の特徴を知ることが当事者にしか出来ない。また、自らの病や障害を知ることによって専門家に操作されることを抑えたいことで専門家の力を利用することも可能となる。これらの考えはアメリカで1990年代後半に広がったリカバリー¹⁰⁾という考えと同義である。リカバリーとは、医学モデルの関係での回復の示す根拠が専門家の「回復した」や「回復途上である」としていたことに対して、自分自身にとっての「回復」を決め本人が望む社会参加が果たせることをさす。（三野，2009）

自分自身の回復を本意が決めることは「回復」の定義が一定ではないことはもちろんのこと、その人の病や障害をその人自身がどのように理解するのかによっても異なる。自身の病や障害をその人自身一人で理解することは、問題を多角的に捉えるという点において、専門家のみによって「回復」が定義されていた場合と同じく

狭いものにもなる。

自らの病を理解し専門家の力を利用するには、専門家の文脈ではなく当事者の文脈で病や障害を語る必要がある。そして自らの回復の文脈を専門家に再び取り込まれてしまわないためには「対等性」という考えが有効になる。

当事者が「対等性」という視点を持つことで専門家の意見を絶対的なものとしてではなく、自身の求める状況を手にする一助としての説明を求めることの可能性を含有する。当事者から説明と同意を促すことで専門家の手続きとしての自己決定から、本来の自身で決めることへの段階に「対等性」という視点は必要であるといえる。この結論は慢性疾患患者のエキスパート・クライアントの理論¹¹⁾と同じといえる。

VI. 「関係性」の点検ツールとしての「対等性」

関係性という文脈で治療関係や支援関係を考えることは当事者、専門家双方にとって有効である場合が多い。この点に関してはぴあクリニックにおける調査結果でも述べた。そしてそれは「対等性はその人との関係性によって、どうにでも変化するもの」という知見につながった。この考えは、別の精神科医に対するインタビューにおいても述べられている。医師は50年の臨床経験から得た感覚を次のように述べた。

実際問題として、もし僕が患者が来たらこの患者はうつだからイミブミン効くと思ったらここで徹底的な暗示かけます、僕は。「薬、あなた、必ず効きますから」そうすると、これに、30%加わるわな。暗示効果が。110%の効果になりますね。それに対して、もし患者がその医者を信用せえへんかったとす

10) Ragins, Mark (2002) *A Road to Recovery*. 前田 ケイ (訳) (2005) 「ビレッジから学ぶリカバリーへの道——精神の病から立ち直ることを支援する」金剛出版。に詳記されている。

11) 糖尿病などの慢性疾患やカウンセリングにおける解決志向ブリーフセラピーなどでも自身の疾患に関してエキスパートであるクライアントの言及がある。森 俊夫・黒沢 幸子 (2002) 「森・黒沢のワークショップで学ぶ解決志向ブリーフセラピー」ほんの森出版。

るやろ、そしたら、マイナスのプラシーボ効果がかかる。[……]

普通のやぶ医者が2錠飲ませたらんと効かんのやったら、ちゃんと上手なやり方したら、1錠で効くわけですよ。極端に言ったら。これはやっぱりプラシーボ効果、上手に使えばそういう形になるわけね。うん。それが医者さじ加減という問題だろうと思うんです。

この医師はぴあクリニックにおける聞き取りと同じく「関係性」と専門家の仕事について述べている。これらの調査結果に沿って考えると、実践場面では「対等性」の定義そのものはそれほど重要ではないといえる。それが有効になるのは、「対等性」という定義をどのように考え活動に同定していくかの話し合いや試行である。

「対等性」というコンセプトが現在の関係を点検しより良い関係へ導くきっかけとして使われることを示唆する発言は多く見られた。次にグループインタビューにて交わされた意見を紹介する。

医者は「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。医者は「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、私と医者はちがう。でもそれじゃ困るんです。

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があまり、その（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。薬によって医師が目指した症状の緩和はそ

の目的を果たしたが、それと満足は違うと当事者は言う。

「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、（病気が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ないんです。いろいろ世話になっているからね。

医療や福祉という領域のみで当事者は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。ただ、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たとしても、それがすなわち正しいことであるとはいえない。治療関係や援助関係で築かれた関係性は、専門家の意識や働きかけでは新たなものへ脱することを許さないだろう。

当事者の生活において医療や福祉が占める割合が必要さも含めて大きいことを理解したうえで専門家は何をどういった手法でめざすのか、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。

今も「対等性」がなにかわからないが、今までこんなことワーカーと話したこと無かった。もちろん主治医とはそんな時間無かったし。自分の話したいことや考えていることを話すことは面白い。今まで医者もそうだけどワーカーにも話したいことを話していなかった。医者が聞くことやワーカーが聞くことに答えていただけね。だって、「対等」がなんだかんだといっても、医者やワーカーは病気とかの困ったことだけ聞かし（そのための）相談だから¹²⁾。

12) 25回目のインタビュー（最終回）で当事者の言葉。

「対等性」を考えることでさまざまな当事者の話を聴き意見交換を行った。専門家もそれを起点とし議論に加わった。本稿の調査の中心であるグループインタビューは調査の手法であると同時に「対等性」という目的に対し、実際の行動をどのように同定していくかの試行であったともいえる。翻って関係性が専門家側の視点によってのみ判断されているのならその関係性はIV章で述べた当事者の意見なしに作られた、当事者が望むであろう「専門家の態度」である可能性がある。

「対等性」が現在の専門家と当事者の関係を点検するツールとしての機能を果たすに足ることは、グループインタビューで交わされた意見からもわかる。

結 語

「対等性」というコンセプトがどのようなものであるかは、言葉の多義性ととともに実践の多様さから定義することが困難であることは述べた。それは「福祉とは何か」と定義できないことと同様である。しかし「対等性」というものが実践場面で役に立たないというわけではない。本稿では「対等性」を①専門家の文脈において③当事者の文脈において②専門家と当事者の関係性においてという3つの場面に分けて考察した。

述べたように、本稿の結論である「対等性」3つの効果がすべての福祉実践で当てはまるわけではない。重要な点は「対等性」の定義そのものではなく、その定義をどのように考え活動に同定していくかの話し合いや試行であるという点だ。「対等性」の実践は多様であり時に間違った実践があったとしても、「それはほんとは対等といえるのか？」という問いかけを可能とする機能が、「対等性」というコンセプトにはある。

しかし、本来「対等性」というコンセプトは専門家と当事者双方の問題であり、専門家の行動規範や倫理だけでは、語りきれない問題が存在している。本稿では精神保健福祉の実践場面を取り上げたが、ここで述べた問題はさまざまな対人支援場面で専門家によって認識されているにもかかわらず、事例や経験の蓄積や具体的な解決方法、体系的な議論や考察がなされているとは言い難く、議論の余地がある。また、専門職者の仕事がパターンリズムを含むことの分析や「対等性」と以下に関係しているのか、そしてそれは障害者や患者に特有な問題なのかなど検証すべき部分は多い。これらの論点は筆者の今後の仕事であり、継続して研究を進めていくものである。

本稿の結論である「対等性」が持ちうる3つの働きが福祉にかかわる多くの人の議論の緒となることを切に望むところである。

引用文献

- 樋澤吉彦（2009）「同意」はパターンリズムを正当化できるか（インタビュー）. 談, 83, 37-58.
- 古川孝順・岩崎晋也・稲沢公一・児島重紀子（2002）「援助するということ」. 有斐閣.
- 柏木昭・佐々木敏明・荒田寛（編）（1998）「これからの精神保健福祉——精神保健福祉士ガイドブック」. へるす出版.
- Ragins, Mark（2002）*A Road to Recovery*. Long Beach : Mental Health America of Los Angeles. 前田ケイ（訳）（2005）「ビレッジから学ぶリカバリーへの道——精神の病から立ち直ることを支援する」. 金剛出版.
- 三野宏治（2009）アメリカ合衆国：社会福祉の現状, IV 地域精神保健福祉. 萩原康生・松村祥子・宇佐見耕一・後藤玲子（編）「世界の社会福祉年鑑2009」. 旬報社.
- 森俊夫・黒沢幸子（2002）「森・黒沢のワークショップで学ぶ解決志向ブリーフセラピー」. ほんの森出版.
- 望月昭・サトウタツヤ・中村正（編）（2009）「対人援助学」キーワード集」. 晃洋書房.
- 中村正（2001）ヒューマンサービスと社会学——相互

作用としての対人援助を記述する手法——. 立命館人間科学研究, 2, 43-55.

立岩真也（1999）自己決定する自立——なにより，でないが，とても，たいせつなもの. 石川准・長瀬

修（編）「障害学への招待——社会，文化，ディスアビリティ」. 明石書店.

（2010. 8. 31 受稿）（2010. 11. 15 受理）