

地域精神保健福祉活動に従事する 精神科医師の語り

リカバリー志向の実践と訪問型支援に焦点をあてて¹⁾

南 山 浩 二

1. メンタルヘルス領域におけるパラダイムシフトと訪問型支援

メンタルヘルスサービスを施設収容型から地域社会中心へと移行させた先行事例を概観すれば、専門家等が居宅などサービス利用者が暮らす地域社会に直接でむき専門サービスを提供する支援の方法である訪問型支援(=アウトリーチ)が中心的なサービス提供のひとつとなっており(高木 2008)、精神保健福祉政策や実践の主要なゴールとしてリカバリー(Recovery / =生活・人生・尊厳・希望の回復)が位置付いている(Watson 2012)ことが指摘できる。また、リカバリー志向の実践の中核的視点の一つが、ストレングスモデルである。この議論においては、従来の実践が依拠していた欠損モデルの限界を乗り越えるアプローチとして、個人のストレングス(Strength / =個人の属性、才能・技能、関心・願望、環境のストレングスなど)に照準した実践の重要性が強調されている(Rapp & Goscha 2011=2014)。こうした事態は、ただ単に「ケアが提供される場」が施設から地域へと推移したことだけを意味しているのではない。より基底的な変化を伴う、いわば、メンタルヘルス領域におけるパラダイムシフトとも呼べる事態を示しているのである。

そこで、本稿では、このようなパラダイムシフトの中で、訪問サービスをその中核的活動に位置づけ、重篤な精神障害がある当事者への支援を行っている

実際の地域精神保健福祉活動を取りあげたい。そして、その実践に携わる精神科医師の語りに基づきながら、その実践の意義と課題について検討することとしたい。

さて、後述するように、リカバリー志向の実践では、サービス提供者である専門家が準拠するフレームとして、医療モデル（＝疾病中心モデル）にかわり、生活モデル（＝利用者中心モデル）が優位となっている。また、サービス提供の場の移行を、基底的变化との関連から、その意味を問うならば、ゴールや方針を決定する主体とその決定の過程などに関わるものと理解することが可能である²⁾。つまり、従前の専門性・専門家の役割とサービス提供の内実や障害者との関係性、あるいは、これらの前提となる障害（者）観など - をこえた新たな「専門性」が、リカバリー志向の実践に求められているといえるのである。

近年、日本においても、リカバリーは、アウトリーチサービスなど地域における専門的支援の中心的な価値・目標として定着しつつあるといえるのかもしれない。しかし、そもそも、日本の精神医療福祉は極めて固有な状況にあることを確認する必要がある。諸外国に比べ対人口あたりの病床数が極めて多く、入院期間の長期化傾向が顕著であることなどがかねがね指摘されてきたのである（南山 2014a）。三品が指摘しているように、2010 年代に入り、「入院・施設ケア中心であった日本の精神保健システムは、「アウトリーチ」「重い精神障害がある人の地域生活支援」という地域ケアに大きく転換しようとしている」（三品 2013）のであり、ようやく、精神保健医療改革の中心としてアウトリーチ支援が明確に位置づけられるようになってきているのである³⁾。

また、冷静に言えば、リカバリー概念は、専門職や関係者間で、あまねく共有されているわけではない。そして、今日、精神障害者のケアの政策的重点が「施設から地域へ」と移行しようとはしているが、実際の法制度や地域資源などは、総じて旧来型の域を脱しておらず、全体的には、リカバリーを十分に具現化する状況に至っていないともいえる（田中 2010）。よって、実際の援助実践が、たとえ、リカバリーやストレングスを重視しているとしても、これらの理念を充分具現化しようとしているものといえるのか、注意深く検討しておく必要があるだろう。

なお、本論で医師の語り、すなわち医師による「内部からの記述」⁴⁾に着目する理由は次の通りである。従前の疾病中心モデル・医療モデルでは、疾患に中心的視点があるため、医学的診断や医学的治療をめぐる権限の大部を独占す

る医師の役割は極めて大きいといえるだろう。また、現在の日本の医療・福祉制度においても、医師の診断や判断が、サービス提供の必要性や内実を決定する根拠となっているのである。とするならば、医師が、従前の専門性などをどのように捉え相対化しようとしているのか、その語りに基づき跡づけていくことは、実際の支援活動がリカバリー・ストレングス視点を具体化していく可能性を有しているかどうか、その成否を問うことになるからである。

重篤な精神障害からのリカバリーの意味は、刻々と変容してきた。かつて、リカバリーは第一義的な支援の目標としては考えられていなかったが、今日では、精神保健政策の主要な焦点となっているのである。こうした諸変化は、部分的には、アサイラムの時代とコミュニティケアの初期段階において行われた社会学的研究の成果によるものであるともいえよう (Mulvany 2000)。しかしながら、これらの当初の影響にもかかわらず、メンタルヘルスの社会学は、今日、リカバリーについての明示的研究を充分呈示していない状況にあるのである。というのも、社会学者は、研究のフォーカスを、重篤な精神障害から相対的に重篤ではないメンタルヘルスへとシフトさせたからである (Watson 2012)。メンタルヘルス領域におけるパラダイム転換が生じている今日、重篤な精神障害および基底の変容をめぐる、社会学的研究への関心が再度高まっているといえるのである。本研究が、こうした社会学的研究への関心に基づくものであるということは言うまでもない。

2. リカバリー概念と専門職

精神科医の語りの考察に入る前に、メンタルヘルス領域におけるパラダイムシフトとは如何なる事態を指し示しているのか概観しておくこととしたい。このことが、医師の語りの社会的文脈と意味への理解を深化させる重要な予備的作業となるからである。

(1) 専門家の台頭から専門性再考へ

医療や福祉の観点からすれば、20世紀は福祉国家の成立・展開の時代であったといえる。国家あるいは専門家によって支援や介入の根拠となる「必要性」(ニーズ)が判断され、「患者」「要支援者」「社会的弱者」に対し「治療」や「保護」が提供されるようになったのである。こうした歴史的過程

において生じた現象が専門家の台頭であり，専門職 - クライアント関係に見られた特徴的様相がパターンリズムであったといえることができる。フリードソンは，こうした事態を専門家支配 (Freidson 1970=1992) と呼んだのである。

フリードソンによれば，医療における専門職（医師・看護師等）とクライアント・患者の関係にある種の支配構造が生じたという。具体的には，クライアント・患者の意向・選好の無効化と処遇の画一性，専門職の見方や論理等の優先，技術的理由や労働環境などの重視，医療者・患者間の行動様式としてのパターンリズム，医療モデル（欠損モデル）に基づく「正常」への回復，などが具体的な特徴として列挙することができる (Freidson, 1970=1992)。以上のような事態は，専門職の論理などの優先とクライアント・患者の意向・選好の無効化，そして関係性としてのパターンリズムを背景とした専門職による「生」に対する過剰な管理化の進行と捉えうるだろう。

リカバリー・ストレンクス視点の登場は，まさしく，このような問題性を伴った「専門家支配」あるいは「専門性」の問い直しを伴う現象であったといえるのである。

では，メンタルヘルス領域でリカバリー・ストレンクス視点を前提した場合，

表 1 メンタルヘルス領域におけるパラダイムシフト

	伝統的医学モデル	リカバリーモデル
【パラダイムの照準】 焦点 ゴール アプローチ 対ストレス 投薬と症状	疾患 症状安定・寛解，障害の軽減 欠損モデル ストレスの最小化 投薬による症状のコントロール	Life（生命・生活・人生） 尊厳・希望・生活・人生の回復 ストレンクスモデル リスクをおかす 最小限の投薬・症状の是認
【当事者の位置と関係性】 当事者 専門家の期待度と意識 専門家との関係性 当事者の語りの位置	受身的存在 低／絶望（諦観） 依存型・パターンリズム 専門知による翻訳対象	能動的存在 高／希望 相互依存・自助型アプローチ 生きられた経験
【サービス供給】 サービス供給 サービス・治療方針 サービス提供	医療を基点とするサービス 専門家による決定 保護・管理された環境での提供	ハイリスク・ハイサポート，包括的 ゴールの共有とプランの共同作成 地域社会での提供

注：南山 (2014b) を一部改編して掲載。

注：Ragins (2002=2005) らの議論などを参照にしながら，伝統的医学モデルとビレッジ ISA リカバリーとの対比という観点からとりまとめたものである。しかしながら，メンタルヘルス領域全般におけるパラダイム転換を議論する上でも援用可能と思われる。

専門職によるサービスのゴールとアプローチ、専門職とクライアント・患者の関係性などは、どのように再考されていくことになるのだろうか（表1）。リカバリー概念などを前提とする海外の取り組みを例に検討してみよう。リカバリーモデル（+ストレングスモデル）では、伝統的医学モデルを相対化し「病状」の安定ではなく「人生」に焦点化していくため、従来の専門性をこえた専門家の役割や障害者との協働的な関係構築、障害者の生活・人生を支える包括的な医療・福祉サービスの提供が重要視されているといえるだろう。また、原則として、当事者の希望・ニーズ・自己決定が尊重され、支援者はあくまでも当事者のリカバリーの過程の伴走者として位置づけられることになる。よって、障害者・当事者の関係性についていえば、成人対成人の関係、つまり脱パターンリズムが目指されていると考えられる。

（2）闘いとしてのリカバリー

議論を広げよう。リカバリーの「闘い」としての側面についてである。

リカバリーは、1980年代あたりから、精神疾患をもつ当事者の手記の公開を契機にアメリカで普及した概念（Deegan 1988; Lovejoy 1982）である。リカバリーは結果ではなくプロセスを示し、その焦点は、症状や障害ではなく、「人生の新しい意味と目的」の創造（Anthony 1993=1998: 67）にあるといえる。ここで、留意が必要なのは、リカバリーを単に個人レベルにおいて現象されるものとして捉えてしまうことの危険性である。

近年、日本においても、当事者・専門職・研究者など関係者の間でリカバリー概念は急速な広がりを見せており、リカバリー概念の要素や重要性を共有する段階から、その戦略・目標・プロセス・効果的方法を科学的エビデンスに基づき修得する具体的プログラム開発の段階へと進展しているとの指摘（田中 2010）もある。しかし、精神保健福祉政策とサービスは、リカバリー志向へと充分に移行したとは未だ言えない状況にあるのである。こうした状況下において、既に述べたようなリカバリー概念の普及とプログラム化の急速な進展が、場合によっては、プログラム目標を「社会的影響と切り離れた個人レベルの目標」へと矮小化してしまう可能性に対する強い危惧（田中 2010）も存在しているのである。

このようにリカバリーを単に個人レベルの過程と見るのではなく、社会的影響との関わりに着目したのが、リカバリーは「闘い」としての側面を有すると

いう議論である。Rapp らは、リカバリー達成にあたり、「引きこもり、疎外、そして孤立」を克服する必要性があるとする。そして、こうした社会からの離脱は、苦悩や障害をもたらす症状、つまり感情と認知の激変の体験を克服する過程であると同時に「社会における支配的な力、そして社会で確立しているケアの仕組みとの闘い」だとする。これらの仕組みは、精神障害がある人々により「個人の居場所、時間、活力、移動、絆、そして究極的には主体性を侵害することによって、抑圧的で、落胆や疎外をもたらす増強するものとして体験されてきた」(Rapp & Goscha 2011=2014: 25-26) ものである。言うまでもなく、専門職も、「社会で確立しているケアの仕組み」の構成要素なのであり、その有り様によっては、リカバリーの過程を阻害する要因となりうることを明示しているのである⁵⁾。

3. 対象となる地域精神保健福祉活動と調査の概要

では、本研究で具体的事例として着目する浜松市の医療法人社団互啓会びあクリニックの地域精神保健福祉活動について概観することとしたい。びあクリニックの活動は、クリニックにおける外来診療、ACT (Assertive Community Treatment : 包括型地域生活プログラム) ならびに ACT 以外の訪問型支援、クリニックに併設された「虹の家」を拠点とした当事者を中心とした活動、の3つの要素から構成されている。先述したように、本論では、この三つの中から、ACT (Assertive Community Treatment : 包括型地域生活プログラム) ならびに ACT 以外の訪問型支援に焦点を当てることとしたい。

(1) クリニック設立理念にみる支援の方針

びあクリニックの理念は、「重い精神障害があっても、地域で、自由に、のびのびと」であり、この文言には次のような説明が付記されている。この文言を中心にクリニックの関連資料も含め、設立理念を集約してみよう。

「どんな重度の精神障害を抱える人であろうと、その人が地域でその人らしく自由にのびのびと生きていけるように可能な限り支援することを私たちの主要な業務にします。また私たちの診療所を通じて精神科ユーザーの皆さんが仲間作りの輪を広げ、それぞれ個性的な社会参加をなされながら、

より豊かな地域社会作りに貢献されることを私たちは願ってやみません。⁶⁾」

第一に、重篤な精神障害があっても地域生活が可能としている点である。精神症状の残存は否定されていないことから、疾患の根治や寛解を究極的な目標とする治療モデルとは異なることが理解できるだろう。障害は当該個人の全体ではなくあくまで一部であり、たとえ障害が重篤であったとしても必要な支援があれば地域生活が可能としているのである。

そして、二点目は、第一の特徴と重なる部分ではあるが、リカバリーとストレングスの重視である。おおむね「その人が地域でその人らしく自由にのびのびと生きていける」「個性的な社会参加」とした部分にその多くが表象されているといえるが、精神障害に起因する症状や生活障害などに照準しその軽減を目標とする欠損モデルではなく、支援の焦点は、生活・人生・希望の回復にあり、当事者がもつストレングスを重視したアプローチとなっているのである。詳細は後述するが、支援のレパートリーは、提供者により区分すれば、専門職を中心とした専門的支援だけではなく、非専門的支援（ピアサポート）やセルフヘルプ活動も重視されているのである。

最後に、上記の理念に基づく支援を通じたりカバリーの達成は、同時に、精神障害がある人が「より豊かな地域社会づくりに貢献」していくことにも繋がるだろうとしている点である。精神障害のある人の役割を「患者」に限定することなく、さらに、個々の社会参加を通じて地域社会の構成員に成りうる存在として位置づけているのである。なぜなら、専ら医療モデルに依拠した従前のプログラムは、外部の地域社会から隔離・隔絶されたものであり、結果として当事者は社会に包摂され得ないとの問題意識が背後にあるからである。Ragins が端的に指摘したように、デイケア、集団療法、個人療法、スタッフ主導の社会活動プログラムなど、疾患や症状に焦点化し治療とケアを提供するという発想に基づいた従来の精神保健プログラムは、個々のコミュニティを形成してはいるものの、これらのコミュニティへの所属要件は「慢性精神病患者」という唯一の役割を引き受けることであった。そして、これらのコミュニティの目的は「安全で保護された場所」の提供なのであったのである (Ragins 2002=2005)。

以上、びあクリニックの設置理念について検討を加え、主に三つの特徴が抽出された。これらの特徴は、前章で検討した先行事例におけるリカバリー志向

の諸実践が有する諸特徴とおおむね重なるものであることが理解できるだろう。

(2) 支援のレパートリー

では、ぴあクリニックでは、前節で整理された理念のもと、どのような実践が行われているのだろうか。 外来診療， ACT ならびに ACT 以外の訪問型支援， 「虹の家」を拠点とした当事者を中心とした活動， についてそれぞれ概観しておくこととしよう。

1) 外来診療

クリニックでの外来診療は、一般外来に加え、0 歳から 18 歳までの子どもの成長・発達についての相談を受ける児童・思春期外来も開設している。

院長の新居昭紀医師によれば、毎月初診が 40～50 名程度、1 日に 100 人近くの患者の診察にあたることもあるという。新患の中には、「ここがいいよ」と紹介され受診することも少なくない。また、新聞や医療福祉関連雑誌の紹介記事を見て訪ねてくる場合もあり、もともと他の医療機関を受診していたが医療への不満から転院する者もいる。いずれにしても、ぴあクリニックならば状況の改善可能性があるのではないかとの見込みから受診に至ることが多いという。新居医師は、こうした事情を経て受診に至る患者が多いことから、他の医

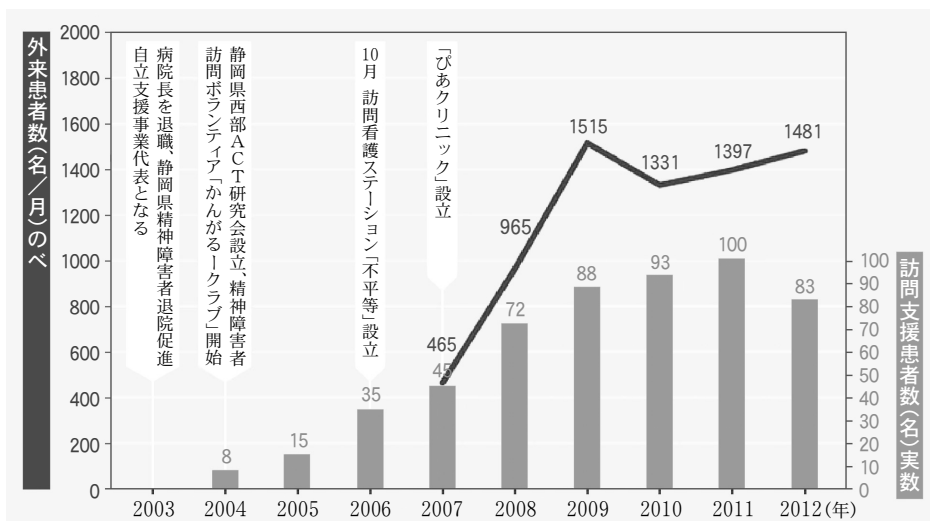


図1 ピあクリニックの外来患者数・訪問支援患者数の推移

出典：大日本住友製薬医療情報サイト「Consonance - 統合失調症を考える - 」「特集 (Report/Opinions) VOL. 42 実践，訪問診療」(<https://ds-pharma.jp/gakujutsu/contents/consonance/report/vol42.html>)より引用

療機関に比較すれば、対応が「大変」な患者が多いのではないかとしている(トランスクリプト p27-29)。

なお、のべ外来患者数は、びあクリニック開設の 2007 年から 2009 年にかけて急増、その後翌年にかけて減少するが、再び増加傾向に転じ、2012 年では、月当たりのべ 1,500 人弱となっている(図 1)。

2) ACT (Assertive Community Treatment) および ACT 以外の訪問型支援

ACT⁷⁾とは、重篤な精神障害がある人の地域生活を支援する、多職種の専門家等から構成されるチームがサービスを提供するプログラムである。従前の治療では改善が困難な重度の精神障害がある人、サービス提供は 24 時間 365 日体制、利用者の居宅等生活の場でのサービス提供、個々の対象者のニーズに応じ設定されるサービスメニュー、多職種の専門家による様々なサービスの直接提供、などを特徴とする(COMHBO 2010; 伊藤 2012)。

びあクリニックにおける ACT, ACT 以外のアウトリーチの対象者は、おおむね、前者が、地域に暮らす未治療、治療中断、頻回入院者などの重症の精神障害者、後者が、通院は継続しているものの通院以外の社会的活動が乏しく社会関係が構築されていない者(山田 2011)ということになる。ACT チームは、医療機関であるびあクリニック、訪問看護ステーション不動平(通称「ぼっ

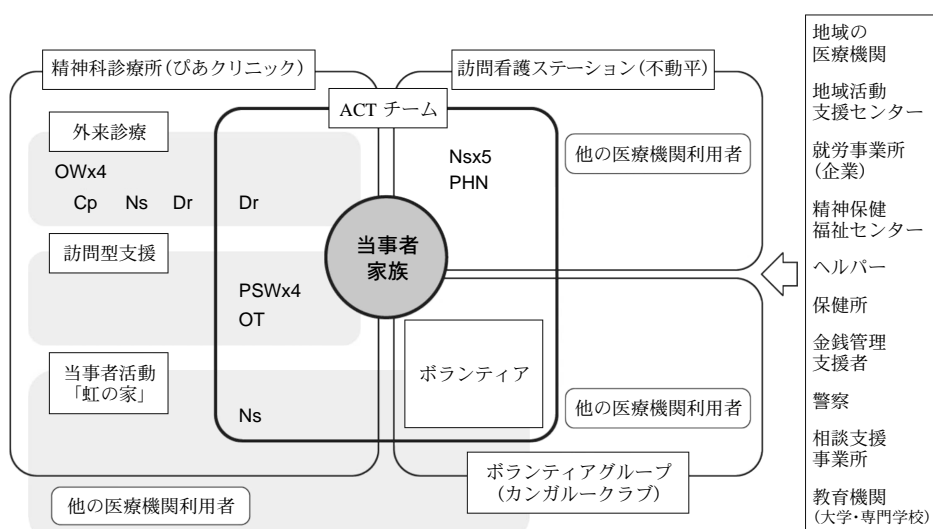


図 2 びあクリニックの訪問型支援の体制

注：山田創,「クリニックによる 24 時間サポート可能なシステムとは」(高木俊介・藤田大輔『実践!アウトリーチ入門』, 日本評論社, 2011) の図「訪問支援の体制」を一部改編して掲載。

け」)の医療・看護・福祉の専門職,および,ボランティアグループ「かんがるークラブ」に所属するボランティアにより構成される(図2)。ACT(ならびにACT以外の訪問型支援)のキャッチメントエリアは,天竜区を除く浜松市6区(中区・東区・西区・南区・北区・浜北区)に限定しており,訪問患者数も現在80名程度(図1参照のこと)となっている。これはケースロードの上限設定により,包括的かつ継続的な支援の実施を可能とするためである。なお,精神科医の現在の実践に関わる語りの考察では,主に,ACTに焦点をあてることとしたい。

3)「虹の家」を拠点とした当事者を中心とした活動

「虹の家」は当事者の日中の活動の拠点となっているスペースである。虹の家は,2002年,聖隷三方原病院の元医師住宅を使って,退院した当事者が日中過ごす場として創設されたが,その後,びあクリニック開院と同時にクリニック併設となった。現在も,引き続き当事者の日中活動の場として多くの人々により利用されている。虹の家は,「くつろげる」「ほっとできる」「安心できる」「仲間を作れる」場として位置づけられており,デイケアではなく利用料は発生しない。また,当該クリニックの受診者であることも利用要件とはなっていない。料理,スポーツなどに加えて,近況などを報告しあうミーティング,当事者がパワーポイントを使用しながら,自己の病いの経験を報告する「<びあ式>当事者研究」なども行われている。このように,利用者の活動への参加や関係づくりを促すプログラムが用意されているものの,ここでの過ごし方は基本的には自由なのである。

(3) 調査の経過とインタビュー対象者の概要

1) 調査の実施と概要

対象となった地域精神保健福祉活動のフィールド調査であるが,2011年9月8日~2014年3月5日にかけて実施し,総回数は35回,計47日間(フィールド対象がびあクリニック以外の関連する機関・場所などの場合も含む)に及び,現在も継続中である。上記期間における具体的な調査内容は,当事者活動の場である「虹の家」および訪問支援活動の参与観察,障害者(15名)および専門職(7名)を対象としたインタビュー調査,当該クリニックに関する資料(クリニック発行の通信,クリニックに関する新聞記事,関連文献など)

の採集と分析などとなった。なお、インタビュー調査についてであるが、インタビュー時間は、1人あたり30分から2時間程度であり、インタビューへの協力が得られた専門職の内訳は、精神科医1名・精神保健福祉士5名・作業療法士1名であった。

2) インタビュー対象者の概要

本論で取りあげるインタビューの対象となった新居昭紀医師の経歴について、その概略を紹介しておきたい。新居医師は、ぴあクリニック院長であり、先に述べたようなクリニックを拠点とした支援体制の構築を牽引してきた人物である。1966年、東京大学医学部卒業後、病院勤務等を経て、1981年、浜松市の聖隷三方原病院精神科医長に就任、精神科科長を経て、1990年、同院副院長に就任、その後、1992年から2003年に退職するまで病院長をつとめている。院長在職中の2002年、病院の元医師住宅を利用し退院患者の日中の居場所である「虹の家」を開設している（現在は、クリニックに併設）。病院を辞した2003年、自身が診察していた患者の退院先への訪問をボランティアで開始しており、翌年には、精神障害者訪問ボランティアグループである「かんがるークラブ」を組織している⁸⁾。しかし、訪問ニーズが軒並み増加していき、ボランティアでは対応不可能な状況になり、別法人である精神科専門の訪問看護ステーションと訪問型支援を行う診療所をそれぞれ2006年、2007年に開業することになったのである。

3) データ作成の手順

インタビュー内容については対象者の承諾を得た上でICレコーダーにより録音している。まず、第一段階として、録音データを元にトランスクリプト（逐語録）を作成する。そして、あくまでも語りの意味内容に影響が生じない範囲において、文章を明瞭にするため、繰り返し表現（例えば、「それでね。それでね、それでね……」）、頻繁な相づち、意味のない発話についての一定程度の削除、筆者による補足説明（ただし括弧付きで加筆）を行った。なお、本論内で引用した語りに記載された頁数は、この編集段階におけるトランスクリプトの頁数を示している。次に、このようにして整序されたトランスクリプトを精読し、語りの意味内容のまとまりを基準に分節化した。そして、小分けした語りごとに意味内容を指し示す小見出しをつけ考察の手がかりとし、分節

化された各語り間の文脈にも考慮しつつ、理論的考察を行った。

4. 地域精神保健福祉活動に従事する精神科医師の語り

では、精神科医師の語りの考察を始めよう。新居医師は、訪問型支援を始めとする現在の実践だけではなく、過去の臨床実践などについても物語っている。その語りの内容に着目すれば、あくまでも、現在の実践に至る重要な文脈あるいは転換点として語っているのである。よって、過去の経験の語りもふまえながら検討していくこととしたい。

(1) 臨床医から管理職へ - 地域精神保健福祉活動開始までの経緯 -

新居医師は、1981年から9年あまり、聖隷三方原病院にて精神科医長、精神科科長として精神科病棟・精神科外来に勤務した後、副院長に就任、1992年から2003年まで病院長をつとめた。院長在任中の1992年、コメディカルも含む医療現場全てにおける実践にインフォームドコンセント概念を導入、「リスボン宣言」(世界医師会1981年採択)を雛形に「患者の権利」に関する宣言⁹⁾を定め、患者の権利の尊重を病院の基本方針としているが、その他にも様々な病院改革を行っている⁹⁾。

このように、病院全体の経営・管理の職務の比重が増していくにつれ精神科科長を若手にゆだね実践現場から距離を置かざるを得ない状況になっていく。その中で、精神科病棟を半ば外から見ていると、「こうあるべき」というところから段々と「外れていってる」感じになっていったという。

まず一つが、入院患者に対し極めて管理的になったという点である。患者は服薬し終日静かに臥床していることが原則とされ、これ以外の行動は制限される傾向が顕著となっていった。以前は、患者のナースステーションへの出入りは頻繁になされていたものの、情報の漏洩などの可能性から患者の入室が制限されるようになった。また、病棟内で対人関係上の問題が生起する可能性や対人関係がかえって療養に良くないとの発想から、患者同士が関わり合いをもちうるような場面(例えば、院内で共同で行う作業やレクリエーション、催しなど)も減少していく。

「みんな静かにおとなしく退院まで休養して、それで、いろんな問題点が取れたら退院っていうふうな発想」になってしまっていたのではないかとする。

今日においても、一般に、多くの医療者は、こうした「管理的」な対応が標準的な精神医療だと考えているのではないかと推測する。しかし、新居にしてみれば、対人関係のもつれが起こりそれを通じて関係ができることこそが治療なのである。

「あのね、精神科の病棟に居たときも、もうちょっと、こう対人関係ね、取らせたいて、みんなで一緒に何かやらせたいんだけど。そうすると「具合悪くなるから」って言ってやらせないんだよ。みんなおとなしくベッドに寝てると。で、静かに寝ると。治療じゃないじゃないの。対人関係がね、起きないとね、本当にこう、あるいは、治療関係ができ上がっていかないよね、本当にね、良くならないよって。」(p19)¹⁰⁾

今一つが、退院後、医療と患者との関係が完全に切れてしまうことである。上記のような「管理的」対応は、確かに、症状の緩和という点においては一定の効果を認めることができるのかもしれない。しかし、症状の緩和や寛解は、あくまでも管理的・保護的な病棟という空間において現象したものである。退院後、地域社会に戻れば、患者は、それぞれの生活課題やストレス状況に晒されることになるのである。新居医師は、自身の外来診療における経験もふまえ、退院後の生活支援の重要性を語っているのである。

その他、医療と患者との関係の断絶の事例としては、退院後の患者の病棟への出入りが禁止されてしまったことがある。これは、個人情報保護法の関連から面接が家族に限定されてしまったことによる。また、緊急入院した担当患者が事務的に他の病院に転送されてしまったことなどもあげられている。いずれにしても、新居医師によれば、このような事態は、患者が「大事にされていない」ことを示しているとしているのである。

「……とにかく非常に管理的になって。それから、要するに、入院期間もすごい短くなるんだけど。短くなるのはいいんだけど、退院させると、もう、させっ放しで、全然面倒を見ないんですよ。それで、やっぱり、退院後の生活が、僕、大事なんじゃないかと思うし。それから、いろんな経験で、何ていうのかな、外来で診てれば、本当に死んじゃうとかね、もう、駄目になっていくのが何人も居たりして。」(p1)

「で、それから、退院した患者が病棟に、前は自由に遊びに来てたんだけど、全然もうシャットアウトして、いったん退院したらね、あの一、遊びに来れない、来させないんですよ。とか、それから、救急的に僕の患者入院しても、翌日はね、救急病院だからって、違うところに転送されちゃうんだよね、違う病院。そうすると、僕なんか切れちゃうんですよ。そりゃあないよなって。」(p1)

では、新居医師が、「こうあるべき」とする病棟とは如何なる病棟だろうか。次の語りは、新居医師がまだ精神科医長として臨床現場にいた頃の病棟の様子を描写したものである。当時の病棟は、医師自身が「狂騒病棟」と表現しているように、一見、単なる無秩序な空間として捉えられてしまうのかもしれない。

しかし、この語りにあるような状況は、新居医師にしてみれば、多かれ少なかれ、われわれの地域社会における生活において散見されうる日常ともいえる。つまり、新居医師が「こうあるべき」とする病棟は、管理性を廃し、人と人との関わりを生み出す契機があり、人と人との関わりを営むための試行錯誤が可能な空間だったということができよう。なぜなら、既に述べたように、医師と患者の関係も含む対人関係の改善こそが、患者が「治る」ことにおいて重要だと考えていたからである。

「……こう言い合いしたり、つかみ合いしたって、僕は構わないと思うんだよね。壁に何か落書きしたりも全然。あのね、昔の精神科病棟は、11、12病棟っていうのがあったんだけど、それはそうだったんだよ。もう、ホールで脱糞はするは、落書きするは、もうグジャグジャだったな。男女こう会ってどっか別の部屋行ってセックスしかけたりとかね。おお、やってくれるなと思ったけど。歌を歌うやつは居るは、絶叫するやつはで。まあ狂騒病棟だよ。でも、みんな喜んでましたけど、患者さんは。それで、新入院の家族が来ると「こんな病棟で治るんですか」とか言ってね、「余計悪くなるんじゃないか」ってね。それが普通の発想なんだよね。」(p19)

(2) 「虹の家」開設と訪問ボランティアグループの結成

管理的な精神病棟のあり方や退院した患者と医療との関係が完全に切れてしまうことに疑問を感じていた新居医師は、院長時代の2002年、院長の裁量で

病院の元医師住宅を利用し退院患者の日中の居場所である「虹の家」を開設した。

新居医師に言わせれば、退院患者の「おもてなし」の一つであった。自身はボランティアとして関わり、退職したスタッフや看護師である自身の妻も手伝ってくれることになったという。退院しても家庭などで居場所がない気まずい思いをしている者もいた。患者仲間との旧交を温めたいと思う者もいた。日中を安心して過ごせる場所を求める者もいた。そうした当事者にとって、虹の家は、日中の一時を過ごせる居場所となった。

利用者が言いたいことを言える空間たることを意識したという。実際、医療批判をはじめ、患者の怒りや悩み、不安、喜びなどが語られ、共有されていく。参加者それぞれが自身の生きられた経験を語り、参加者で共有していく過程を通じて、参加者が「仲良くなっていった」という。

次のような指摘がある。治療者にとって、患者や家族などの「異なる物語」との出会いは、治療者自身の物語についての再帰的な吟味を招来する場合がある。「治療者」にとってそれは「苦しみ」ではあるがある種の「成長のチャンス」であるのだ（斎藤・岸本 2003）¹¹⁾。医師自身にしてみても、患者の生きられた経験の語りは、自らの臨床実践を再確認する／自省する機会を提供するものでもあった。

利用者は「みんな喜ぶし、生き生きした顔」をしていた。しかし、当時の病棟のスタッフに「のぞきに來い」と伝えても誰も来なかったという。

「……そこに居る患者さんは、もうね好き放題言うわ。薬はああだこうだとかね。こんな薬漬けにして、あの医者はどうだとか、こうだとか。もう本当に医療、治療の悪口ばかりね。ワーっと言うだよ。えー、面白かったけど、聞いてて。痛快だよ、こっちも。そうだよなんて。もちろん僕のことと言われるわけだけだね。ま、この連中の言ってること間違っていないって思って。それで、こう、ワーワー言って仲良くなるんだよね。で、ま、だから、妄想の話とか、死にたい話なんか、ワーって出るし、医者 of 悪口もあるし、薬に対する不満は出るし。で、みんなで一緒にどうするなんて考えるんで、僕は一切言わないんで、言わせるだけでね。」(p8)

そして、退院後の地域生活支援の重要性を認識していた新居医師は、病院を

辞した2003年、自身が診察していた患者の退院先への訪問もボランティアで開始している。翌年には、精神障害者訪問ボランティアグループである「かんがるークラブ」を組織している。

当初は、訪問の主なメンバーは、新居医師と自身の妻、精神科病棟の元看護師吉田博子の3人であった。いろいろな苦労があった。しかし、あれこれ試行錯誤していくことで「医療不信の塊」だった人とも親密な関係が作れるようになる。これは面白いと思っているうちに段々のめり込んでいくことになったと語っている。

その後、訪問ニーズが軒並み増加していき、ボランティアでは対応不可能な状況になる。そこで、まずは、2006年、かんがるークラブを精神科専門の訪問看護ステーションとして事業化し、翌年、外来診療と訪問型支援を行う診療所を開業することになったのである。

「でまあ、実際的にはみんな忙しい人ばかりなんで、僕は週3日外来やって、あとはフリーだったから、ほとんど僕が行くようになって。うん、でまあ、行き始めたらねえ、すごい面白くてっていうか。違った、本当に、患者さんの生き生きした姿が見えるし。まあ、なかなか、最初から苦労したんですけど。でも、関係が取れるとすごいね、みんな違った面を見せ始めるからね。で、本当に医療不信の塊だったのが、ちゃんと仲間になっていうか、友好的な関係になれるしね。ああ、これは面白いなって、思ってるうちに、だんだんはまっちゃってね。まあ、最初はなんか、僕と女房と、それから看護師吉田博子さんと3人ぐらいだったな、行けるのは。みんなロートルばかりでね、平均年齢65歳ぐらいの。……」(p3)

(3) 病院における「圧倒的非対称」関係

ところで、新居医師は、訪問の重要性や面白さを語る一方で、精神科病院が有する問題性についても言及している。その主な論点は、病院における「圧倒的非対称」関係についてである。

新居医師は、病院勤務の医師などからは、訪問は「大変」であると捉えられやすいとする。その理由を次のように説明する。病院内部では、専門職-患者間には、明確な地位の分化があり、「圧倒的非対称」関係が存在している。そのような関係は、専門職が入院患者の意思や自由などを強制的に剥奪していく

ような、あからさまな権力行使の様態を持ち得ない場合もあるかもしれない。

しかし、いずれにせよ、病棟においては、医師をはじめとする医療者の指示は絶対なのであり、医師は最終的には患者に「言うことをきかせる」ポジションにあるのだとする。なぜなら、後に述べるように、精神科医には、患者を隔離拘禁し強制治療できる権限が付与されているからである。

他方、地域は、こうした病棟という「箱」の外部なのであり、もはや「圧倒的非対称」関係や医師の権威も存在しない。また、精神科医に付与されている患者を隔離拘禁し強制治療できる権限は、病院という「箱」の内部において機能しうるものであり、医療に不信感をもち拒絶する地域社会に生きる患者との関わりにおいては、むしろ、関係づくりを阻害する要因でしかないのである。

つまり、地域では、医師は、「裸一貫」で対等な立場で患者に出会わざるを得ないのである。このことが、「病院にどっぷりつかったドクター」は怖いのだとしているのである。

「いや、(訪問は)大変だねっていう反応だよ。で、やっぱり地域に出て行けば、ほら、医者の権威なんかはね、全然振るえないから。向こうのほうが上なんだからね。本当に、何ていうのかな。これ、病棟に居ると、威張ってないんだよ、口ではね。「薬飲まない。よし、じゃあ注射じゃ」とか言って。言うこと聞かないで暴れると、よし、今度は、拘束衣付けちゃうとか、保護室入れちゃおうで済むんで。だから、言うこと聞かせられるんだよ。で、言うこと聞かせられて、おとなしくして、薬漬けにして。で、おとなしくなったなと思ったら、もう退院させちゃうんだけどね。そんなの治療じゃないよね。」(p7)

「その権勢を全部、剥奪されて向き合うっていうのは、病院にどっぷり漬かったドクターは怖いんじゃないですかって僕は思うんですよ。なんか、そこで始めて、ちゃんと対等な付き合いできるんじゃないかって。病院でのね、医者对患者の関係なんて、対等じゃ全くない。全くないですよ。もうすごい圧倒的非対称って思うんですけど、それを病院のドクターたちは、スタッフもそうだけど、全然感じないってんだよね。」(p7)

(4) 「箱から出る」ことの重要性

病院内部における専門職 - 患者間の「圧倒的非対称」関係を相対化するためには、結局のところ「箱から出る」(＝地域社会に出る)他ないのだとする。なぜなら、少なくとも病院内部にとどまりながらでは、対等な治療関係を目指すことは不可能だと考えているからである。

病院施設という箱モノには、いずれにしても何らかの管理は存在する。そして、管理は、容易に隔離拘禁や強制的治療に移行していく可能性を有しているのである。現に、精神医療の現場では、一定の理由を根拠に患者の自由を奪取し患者の意思に反した強制的な治療的介入が行われてきたのである。そして、精神科医には、他科にはない特権として、自傷他害のリスクに基づき患者を隔離拘禁し強制治療できる権限が付与されている¹²⁾。こうした権限は、病院(病棟)という箱を想定したものであり、箱の内部において強力に具現化していくものであるのだ。

こうした見解の背後には、過去の臨床実践への回顧・自省が存在する。例えば、東大精神科赤レンガ自主管理病棟への参加である。新居医師が精神科医となった時には、既に、患者の通信面会の自由や病棟の開放化などを目指した改革闘争が存在し、自身も精神医療の変革の可能性を信じていたという。しかし、今、回顧・自省してみるならば、開放化や自由入院といった病棟改革をしたとしても、それは箱の内部でのことであって、結局のところ、「箱の中に入れて管理」という発想から完全には脱却できなかったのではないかとしているのである。そして、「箱から出なきゃ駄目」とようやく明確に気づいたのが病院を辞しボランティアで訪問を始めた頃だと吐露しているのである。

「僕もかつては、こういう幻想持ったんだよ。だって、病棟で開放的にね、東大赤レンガなんてそうだけど、全部開放化しちゃって、自由入院にして。で、一緒に共同体作れば、ちゃんと対等な治療関係ができるみたいなことをみんなで話してやったんだけど。あんなのはね、全くのペテンだよ。一つはね、医者っていう、東大の医者っていうね、権威持ってるわけ。で、というのは、どうも、開放化とか、何ていうのかな。自由診療とかね、そういうのをいろいろね、一時行っているいろいろやったんだけど。で、病院を開放していけば自由になるかっていうと、そんなんでもないんだよね。病院の構造はあるわけであって、うん。やっぱり具合悪けりゃあ、うん、

押さえ付けて薬飲ませたり，注射したりして，しなきゃいけないんで。だから，箱入れてその中で管理するというね，考えにどうしてもなっちゃうよね。施設というのはね。で，それから，やっぱり抜けだすためには，箱から出なきゃ駄目だと思うんですよ。というふうに僕は思うようにね，このボランティアやるようになって初めて，気が付くわけで，それまで気が付かなかった。」(p7-8)

(5) 「視野の外」に置かれてしまう患者を救うこと

専ら疾患に照準する医療モデルに準拠すれば，医師は精神症状の緩和に注力していくことになり，その具体的方法の一つが投薬となる。薬によって症状が取り払われ「治る」こともあるだろう。他方で「治らない」患者は存在するのであり，そうした患者に対しては更なる投薬が試みられることになる。

しかし，こうした試みがうまくいかなければ，ずっと「治らない」患者となり，病棟では，もはや何の手立てもない「(専門職の) 視野の外」に置かれた患者となってしまうのだとする。そして，「視野の外」に置かれた患者は，退院することなく病棟にとどまり滞積していく。

このような病棟の日常の中では，医師は自らの治療の限界性をまざまざと認識するとともに，「視野の外」に置かれた患者の予後や人生への諦観を強めていくのだといえるのかもしれない。新居医師は，長期にわたり精神科病院に勤務していく中で，医師自身も「抑うつ的な人生観」に囚われてしまうのだとする。それを変えてくれたのが，地域で訪問活動を始めた経験なのだという。

「もうそれまでの精神医療っていうのは，やっぱりね，治んない患者はずっと治んないし。それで，病棟に行って，あと何やるんだよ，何もできないから，もうね，閉じ込めちゃって，そのまま。だから，ほとんど面接もしなくなるし，何にもしなくなるんだよっていうのは，どこの精神病院にいったいまっちゃうよね。これは何十年も。うん。」(p9)

「だから，別に医者には，なんか悪意があるわけでも何でもなくて，一生懸命やっても，駄目は駄目でしょうがないんだよなって，もう視野の外に置くようになっちゃうんで。で，そんなことやってても，ねえ。しょうがないんじゃないかって。やっぱり，なんかこう，本当に，何十年も精神

病院でやってると、本当に、性格じゃなかった、抑うつ的な人生観になっちゃうんじゃないかって、僕は思うんだけど。」(p9)

新居医師は、病棟において「視野の外」に置かれてしまう患者が少なくないことを認めつつも、これまでの臨床キャリアを振り返りながら、若手の頃から、自身の焦点が常に「視野の外に置かれてしまう患者」に当たっていたとする。

「視野の外」に置くのではなく、「それを何とかするのが大事」だと思っていた。薬などの医学的治療に効果がなければ見捨てられてしまう。そのような患者を「救えたら、俺はもう死んでもいいというか、というような気持ちがあったんだよね。」という。

医師になったばかりの頃、週に数日勤務していた東京の精神科病院の保護室病棟にも「視野の外」に置かれ放置された患者がたくさんいたという。医療者側の隔離拘禁的で管理的な関係の持ち方が、彼らの状態を生み出してしまったのではないかと疑問から、いろいろな働きかけをしてみたという。

その病院を辞める二、三年前には、「そういう人ばかりを診ていた」。「医者じゃねえじゃん。これは」と思いつつ、いろいろなことをした。時には糞尿にまみれた患者を風呂に入れ体をゴシゴシ洗うこともあったという。この病院での経験が、新居医師が「視野の外に置かれてしまう患者」を救いたいと決した原点となる経験であったのである。

「それにね、そこの鉄格子のところに 君っていたけどな。その人を見たときショックでね、これは病院かよって。もう強烈な印象あってね。まあ、一番、本当にあれはね。もう、最初はね、こんなとこ勤めるの嫌だなんて思ったんだよ。うん。でも、こういうふうな患者さんになっちゃったというか、もう動物に近い、同じだよな。とういうのは、やっぱりこう、関係の持ち方が悪いんじゃないかと。われわれが、というか、われわれの体制がそういう人をね、作り出したかもしれないって思いと、こういう人をなんとか人間並みに付き合えるようにしたいなっていうのはあってね、感じたんだけど。そのときは本当にショックでね、もうこんなとこ勤めるの嫌だなんていう思いがあって。でも、かわいそうだなんて、もう本当にかわいそうだなんて思っちゃったっていう体験あんだわ。で、そういう人たちが結構ね、その病院たくさん居て。で、まあ、そういう人、僕、辞め

る2,3年前,そういう人たちがばかりを診てた。気が付くとね。で,それを病棟から,もう,糞まみれの中,毛布で,こうやって連れ出して近付くと,それで風呂入って,ホースかけて,それでゴシゴシ洗ってね。三助みたいなことをやったりしてたんだけどね。で,まーね,あの東京時代っていうのは,僕も何かしんどくてね,もう,何回辞めようと思ったか分かんないんだけど,「医者じゃねえじゃん,これは」とか言っているようなことやってたよ。」(p10-11)

(6)「病状をなんとかしようという呪縛」からの解放 - 医療モデルから生活モデルへ -
精神科病院を離れ,ボランティアで訪問活動を始め,自身の臨床実践の大きな転換点となる気づきがあったという。地域社会に生きる患者の「生きざま」を目の当たりにし,当事者のストレングスを基点にそれが更に具体化・増幅していくことこそが,当事者にとっての地域での生活を「生き生き」したものにするという実感があったのである。

妄想・幻聴,支離滅裂性,無為自閉など,たとえ精神症状が強固に残存していたとしても,ストレングスを基点に他者とのもたれ合いの関係が営めればよいのだということに気がついたという。

それは,新居医師が「本人の病状をなんとかしようという呪縛」から解放された瞬間であり,同時に,<精神医療の「視野の外」に置かれてしまう患者>への生活支援の可能性を認識した経験でもあったといえるだろう。換言すれば「医療モデル」の限界性への気づきの経験でもあったのである。

「本当に,僕,訪問始めて,初めて病院から離れて,何ていうのかな,患者さんのっていうか,生きざまを見るっていうのかな。で,医療モデルしかなかったんだけど,医療モデルじゃないよなって,やってるうちに,だんだん分かってきたんだけど。別に症状があってもいいんだよねって。この人が生き生き,地域で生活していくためのサポートをすればいいんで,それは病気,症状を消すことじゃないなって。薬,いくら飲んだってね,症状消せないんだからね。」(p4-5)

「だから,というふうに考えて,その人にあった,こう,何ていうのかな。支援を考えていきゃあいいんだ。その人が,何を喜んで,何でね興味持っ

て生き生きするかっていうことが大事なんであってね。それで、そんなもう、妄想があろうが、支離滅裂だろうが、無為自閉であろうが、何でもいいんだわ。生活していけりゃいいんだってというふうに考えると、すごい楽になってね。もう、それから、いろいろな工夫ができるわけで、その人に合わせてね。でもって、薬が山になって治らない人は、治らないわけなので、だから、良くしてんだか、駄目にしてんだか分らないよね。というような、こう、こう、本人の病状をなんとかしようという呪縛から離れちゃったっていうのは、あれ、楽だったね。」(p5)

(7) 関係をつくる

1) 「医師」であるという自己呈示をめぐる

過去の精神医療経験に由来した精神医療や専門職への強い拒絶感、「安定」した「日常」の保全欲求などを背景に、当事者が訪問に対し強い拒否を示す場合が少なくない。とくに入院医療への忌避・嫌悪が強く、精神科病院への強制入院を強固に否認する当事者も多い(新居 2011, 38)。

こうした状況下において、とくに初対面の際は、明確に自身が「医師」であると表明することが、当事者の拒絶をさらに強くする場合があることを言明する。つまり、「医師」であるという自己呈示は、当事者を医学的治療の対象である「患者」と意味づけている(あるいはその可能性がある)ことを同時に示すものであり、このことに、当事者の精神医療への不信感・拒絶感がつぶさに激しく反応してしまうからである。無論、繰り返し「おまえら何者だ」と問われ続けければ、精神科医であることを明示する場合もある。「その人に合わせて考えていくしかない」のである。

「だからね、僕もね、最初はね、ペテンはしちゃいけないと思って、もう精神科医でお父さんとお母さんの相談を受けて、とにかく話だけ聞きに来たよって。でも、精神科医ですよっていうことは、ちゃんと言わなきゃいけないと思ったんだけど、あれ、駄目だね、言う。もう病気じゃないって、そんなもん必要ないって。ま、口で言うか、言わないでも、全、何ていうのかな。閉ざしちゃうよね。だから、こちらで明確にこう、例えば、医者だっていうと、これは治療関係に入っているメッセージになるでしょう。自分は患者だと思われてるのかって。それはそうですよね。それは

拒絶しますよね。だから、そういうことは言う必要はないなっていうんか、言うべきじゃないなっていうようになってとかね。思うようになってますけど。」(p14)

2) 「無害な存在」であることをまず伝える

しかし、いずれの場合においても、まず、自身が障害者にとって「無害な存在」、すなわち、当事者に対して不安や恐怖などを与えない存在であることを伝え続けることが重要であるとする。それは、「あやふやな存在」として「全面对決的」しないことである。

当事者が妄想的不安の中に生きている場合、訪問するスタッフに激しい拒絶を示す場合が少なくないという。例えば、訪問する ACT チームを「殺しや軍団」だと捉え敵対感情をあらわにする者もいたという。しかし、妄想や幻聴といった精神症状を、通例の医学的定義をふまえ「ふつう」には「あり得ない体験」として捉えることができたとしても、当事者にしてみれば、いわば「現実」なのである。

とするならば、こうした当事者の経験を単に了解不能なものとして一蹴するのではなく、その「現実」をある意味前提とした上で、当事者の妄想的不安の増幅を回避するためにも、その「現実」と支援関係構築との折り合いを付けていくことが必要となるのである。その折り合いをつけるための方途が「無害な存在」であることを伝え続けることなのである。

では、「あやふやな存在」とは何であろうか。すでに「医師」であるという自己呈示をめぐる語りの考察でふれたように、当事者が精神医療や専門職への強い不信感・拒絶感を抱いている場合、「医師」であるという自己呈示が当事者の拒絶や恐怖感をさらに強化することがある。こうした可能性から、むしろ「あやふやな存在」であることが重要だと考えているのである。新居医師は、他の語りの部分で、「お助け爺」「生活相談員」ぐらいの自己呈示がよいのではとも語っている。なお、このような「あやふやな存在」としての自己呈示という方途は、先に論じた妄想的不安の増幅の回避という点においても意味があることともいえよう。

しかしながら、やり方の詳細は、人によって違うのであって、「教科書に何も書いてない」ことであるとも付け加える。それを面白いと思えるかが重要なのである。なお、当事者本人が良しと考え好意的に受け入れることを基点とす

ることも、加えて心がけているという。

「とにかく、その人にとって、無害な存在であることをまず伝えることと。何ていうのかな。その人に、不安、恐怖を与えちゃいけないんで、その不安、恐怖を与えない距離からいろいろ呼び掛けをしてみるっていうようなことはね、最低限必要なのかなって思ってますけど。不用意に近付くと、ねえ。すごい興奮もするし、殴られたり、蹴飛ばされたりするもんで。だから、やっぱり本人が、何を良しとするかで、何を喜ぶとかというのがだいじなんですけどね。」(p14)

3) ストレngthと贈与

当事者本人が良しと考え好意的に受け入れることとは何だろうか。新居は、ストレngthという言葉を用いながら説明する。ストレngthモデルとは、個人が元々備えているストレngthに着目し、それを基点に支援を行うケア・マネジメントの理論および実践の体系である (Rapp & Goscha2011=2014)。ここでは、ストレngthの中でも、主に、才能・技能、関心・願望などに関わり、さらに、中沢新一の贈与論 (中沢 2003) を援用しながら次のように説明する。

贈与とは、あくまでも当事者のストレngthとの関連において当事者にとって価値あるものを無償でプレゼントすることを示している。それを当事者が喜び受け取ることは、支援者の愛情や信頼感をも受けとることにもなり、やがては、当事者からも何らかの反応 (= 返礼) が呼び起こされ、結果的に、当事者と支援者の間に「人と人が向かい合う」人格と人格のつながりが形成されうるとしているのである¹³⁾。

プレゼントは、有形物であっても無形物でもかまわない。共に食事をし、また、風呂に入ってもよい。「本人が喜んで、毎日ね、ちょっとでも、良かったなって、楽しかったなって思う体験」なのである。「これが僕の一番やりたかったこと」だと思うようになり、自分自身「元気になったんですよ、もう……。」としている。先に引用した医師の表現を用いるならば「抑うつ的な人生観」からの解き放ちということになるだろうか。

「で、ストレngthって言ってるんだけど、それをつかむっていうのはね、大事なんだよね。だから、やっぱりプレゼントだよね。贈与でいこうよっ

ていうか、贈与でね。贈与で、本人喜ぶものは何でもいいんだけど、それをこうプレゼントすれば、で、喜ばば、それね、すごい贈与になるんで。で、伝わるのは、われわれのね、なんかね、愛情とかね、信頼感だって、僕思うんですけど。まー、そういうものが伝わっていくんで。」(p14)

「大事なものは、本人が喜んで、毎日ね、ちょっとでも、良かったなって、楽しかったなって思う体験が味わえれば、それでいいんじゃないかなって思ってる。そしたらね、あ、これもう訪問っていうか、いろんな生活サポートでいいんだって。生活支援だよ。で、そうやって、患者さんと一緒に何か食べに行ったり、風呂に入ったり、ああしたり、こうしたりっていうのは、ボランティアのときやったんだよね。で、喜ぶしね。本当に。」(p5-6)

人は皆、程度の差はあれ他者に依存しながら生活や人生を営んでいる。とするならば、リカバリーの障壁となっている「引きこもり、疎外、そして孤立」など社会からの離脱状況にある当事者をめぐり、贈与を契機としながら人と人との「もたれ合いの関係」(＝「人と人が向かい合う」人格と人格のつながり)を創造していけば、当事者の「人生も変わ」り「地平も広がる」のだとしているのである。社会からの離脱状況を生み出す一つの背景が、抑圧的で疎外をもたらす究極的には主体性を侵害するような社会のケアの仕組み(Rapp & Goscha 2011=2014)なのだとすれば、そのような仕組みを無効化・相対化し、地域社会への包摂を促進していく方途が「もたれ合いの関係」の構築だと言えることができる。

ただし、「もたれ合いの関係」を作っていくことは容易なことではなく、最初からうまくいくわけではない。なぜなら、無償のプレゼントを受け取ってもらえない場合も多々あるからである。しかし、時間をかけたその繰り返しの中で、当事者にスタッフへの信頼感が生まれ、「こうしたい」といった返答があった時などは、一気に喜びが溢れるのだという。そして、我々も「変えられてるなって気」がするのだという。

「やっぱり、人が人に及ぼす力っていうのはあるなって、本当に思ってる。薬なんか、治りゃしないんだよ。まあ薬もある程度は必要なんだけど。人

に関わることで、その人の関係の持ち方が変われば、人生も変わるんだよ。地平も広がるんだよね。それが大事なんであって。だから、人間、決して1人じゃ絶対生きられないからね。お互いもたれ合って生きるんだから、もたれ合いの関係を作ればいいんだって思ってる。そうすると、本当にこちらも変わるよね。なんか突破した感じがしてね。みんな大喜びだよ。なんかね、うまくいかない時も、ニコツとして、笑いのプレゼント受け取ってくれよとかね。「こうしたい」って言ったとかね、それはみんな万歳で、ウワーとか言って、一挙に喜びがあふれるんだけどね。うん。そういうのがあるからね。だから、なんか、われわれもこう、変えられてるなって気がしますけどね。」(p13)

4) チームで大変さを共有することの意義

以上、新居は、当事者と最初に出会う段階やその後の関係の構築にあたり大変さが伴うことを語っていた。

利用者（又は患者）が支援者（又は医療従事者）からの医療・福祉サービスを受給することに同意し、利用者・支援者間に契約関係が成立している場合、一般に、利用者・支援者の相互作用は利用者・支援者という地位とそれらに付随した個々の役割に水路づけられていることから、支援者は当面の相互作用を比較的容易に開始することができるだろう。しかし、未治療、医療中断、医療拒絶である人への訪問の場合、当然のことながら、当事者には、こうした関係に入ること自体への了解は存在しない場合が多いのであった。また、訪問スタッフをある程度「無害な存在」として認め始めたとしても、そこに「もたれ合いの関係」を生み出すことも容易いことではなかったのである。

こうした訪問の大変さをチームで分かち合うことの意義に関わることとして次のようなエピソードを紹介する。クリニック開設年度に PSW を4人雇った。内2人が PSW 成り立ての新人であったが、年度途中で辞職したという。学生時代に病院や地域の施設での実習機会はあったとしても、専門職としての実践経験が全くない彼らにとって、訪問支援は「やっぱり、大変なんだなって思ったけどね。」という。「いいことやってんだ、お前、大丈夫だよ」って、「だって、駄目な人は誰が行っても駄目なんだから、同じなんだから」と言ってサポートしたが、結局2人とも辞めてしまったのである。

「ちょっとね、大変だわ。うん。だから、もう外来疲れるから、訪問も訪問で結構神経使うから疲れるんだけどね。まあ、でも、いろいろ創意工夫ができるから面白いんですけどね。で、いろんなスタッフが、みんなで入れ替わり、立ち替わりやってるから、ほら、ザーっと跳ね返されてくるのは僕だけじゃないからね。みんな、跳ね返されてくるからね。それで、みんなで、その大変さを共有できるから、1人でやってると潰れちゃうよね。俺のやり方間違ってるのかなって思うよね。みんなでやってるから、誰がやっても駄目な時期はあるんだよねって、辛抱しようよねっていうふうになるでしょう。うん。」(p17)

5) 服薬をめぐる語り

さて、服薬についての語りを取り上げたい。これまでの語りの中には、服薬効果の限界性や服薬偏重主義に基づいたいわゆる「薬漬け」の問題についての語りが散見された。だが、新居医師は、決して服薬を全否定しているわけではない。

リカバリー達成にあたり、当事者が、「社会から離脱した状況」から脱する必要がある、この状態を招来しているのが、「社会における支配的な力、そして社会で確立しているケアの仕組み」であるとともに、苦悩や障害をもたらす症状・感情と認知の激変の体験・でもあった (Rapp & Goscha 2011=2014: 25-26)。

ストレングスを基点としたもたれあいの人間関係の構築、そして、個々のストレングスに対応したリカバリーの促進にあたり、薬が、不安や症状の緩和、ひいては、コミュニケーションの達成にある程度の効果があるならば、服薬も当然のことながら一つの選択肢となりうるのである。

関係の維持と服薬について

上記のように、新居医師は服薬を全否定するわけではなく、服薬の意味を認めながらも留保をつけている。

統合失調症治療薬である抗精神病薬には、ドーパミンに作用し陽性症状(＝幻聴・妄想、支離滅裂性、知覚の混乱、感情不安など)に効果があるとされる定型抗精神病薬(＝従来型抗精神病薬)、ドーパミンとセロトニンに作用し、陽性症状・陰性症状(＝感情鈍麻、思考内容の貧困化、意欲の減退、閉じこも

りなど)両方に効果あるとされる非定型抗精神病薬(=新規抗精神病薬),さらに,1回の投薬(注射)効果が一定期間持続する持効性抗精神病薬(=デポ剤)がある。また同分類であっても,複数の治療薬が存在し,同じ成分の薬剤であっても剤形も多様である。つまり一言に治療薬といっても,その内実は様々である¹⁴⁾。

このように多種多様な薬剤の中から,異なる人に対して,画一的な処方を選択し行うことは実際にはありえないのである。「この人にいいから,別の人もいいかっていうと,全くそんなことない」のであり,副作用の出現の仕方も人それぞれである。つまり,試行錯誤しながら,その人にあった治療薬を見いだす他ないと語っている。

「薬も,あれがいい,これがいいって言ってますけど。この人にいいから,別の人もいいかっていうと,全くそんなことないでね。薬も何を最初に使おうかって,飲んでもらおうかって迷うよね。で,副作用の起き方もみんな違うからね,人によって。これ絶対副作用ない,少ないよなって言たって,それ飲んで副作用起きる人居るしね。うん。そういうの教科書に何も書いてないもん。薬屋も何も言わない。みんな,だから,試行錯誤していくしかないんでね。」

さて,こうした薬の試行錯誤をめぐって,重要な基準となるのが患者の意向や服用感(=飲み心地)である。病院に居た頃は,病棟でも外来でも,患者が服用を拒否すれば,服用を強く求めていたと語る。しかし,今では,訪問でも,当事者が薬を飲みたくないといえは薬物治療を中断(あるいは減薬)するしかないという。この場合,訪問回数を増やすなどして当事者とスタッフの関係だけは途切れないようにする。そうすれば,たとえ急性憎悪に至ったとしても,関係だけは維持していけるからである。

以上の語りから見てくることは何であろうか。医師が処方する薬物治療を絶対善とし,患者が薬物治療を拒否することを,ただちに服薬不遵守(ノンコンプライアンス)とみなさないということである。あくまでも,服用する本人が「納得」することが基本要件なのである。

「……だから,患者さんに,お薬飲んで,ある程度関係ができてきて,患

者さんも気分変わって、「こんな薬飲めるか」って言い始める。だからね、病院に居るときは、「駄目だ、飲まなきゃ」とか言って、外来でも。まあ、僕は外来では、もう怒ってないけど、「あー、そうですか」って言うんだけど。とにかく、訪問の人で、薬飲みたくなくなっちゃったら、「あ、飲まなくて、じゃあ、ちょっと休んでみますか？」っていうふうに言うんだわ。うん。それがね、関係だけは切れないようにね。むしろ、頻回に行ったりして、うん。で、そのうちまた、飲むようになってくれる人も居るしね。うん、やっぱり、本人が飲むんだからね。納得して飲んでもらわないとね。」(p16)

非同意内服について

さて実例としては少数ではあるが、事情によっては、比較的初期に家族に依頼し非同意内服に踏み切ることもあるという。

新居はある論考で非同意内服の過程について次のように説明している。初回の発病で拒絶や興奮状態が極めて強い場合には、家族の了解を得た上で、家族に依頼し少量の薬剤による非同意内服を実施する。非同意内服の期間はおよそ2~3週間程度であり、これにより本人の興奮状態の緩和が見られる場合がある。そして、このタイミングを見計らって、家族から非同意内服の事実を本人に知らせ、自己服薬を勧めてもらうのである。以上のような過程を経て当事者が自己服薬に至った例が複数あるという(新居 2011)。

新居によれば、非同意内服は、家族・医療者による当事者への「虚偽瞞着の関わり」であり、非同意内服においては、当事者・家族・医療者間に「真の信頼関係」は育つことはないと断言する(新居 2011)。やはり、この場合においても、最終的には本人が納得することが肝要なのである。

「あんまり拒絶、興奮が強いとね、少し和らげるためにお薬を入れたいなって、早めに出る。あんまり興奮が強くて、お家でお守ができなくなりそうとか、本人の「問題行動」が強くてっていう場合は、非同意内服をやるんですよ、ちょっとだけね。で、非同意内服やって、少し落ち着いた途端に、ほらね、「よく眠れるようになったでしょ。気持ちが楽になったでしょ」って言って。これは、お家の人から、こういう薬使ってた。これ飲んだらね、こっそり入れてたら、あんた良くなった。だから、これ、自

分で飲みなさいって言うてもらったことがだいじだね。そうすると、割とスッと自分で飲むようになった。だから、薬飲んで、あ、楽になったという体験がだいじなんだよね。だから、家族の人だからできるんだけどね。」(p14-15)

(8) 専門性をめぐって

1) 「鎧」としての「専門性」

中沢(2011)の贈与論の視点からストレングスに基点を置く訪問活動について論じた語りとも重なる部分でもある。新居は、「鎧」というメタファーを用いながら、「専門性」「役割」について批判的に検討している。

法あるいは専門職の職能集団、臨床現場における相互作用などにおいて、それぞれの専門職に期待される一定の役割期待がある。そして、そのような役割期待を個々の専門職が内面化し、実際の専門的業務に向かっているともしえるだろう。だが、新居によれば、訪問場面においては、専門職が一定の役割期待の内に留まる場合、「専門性」や「役割」は自己の「弱さ」を隠蔽する「鎧」と化してしまうという。なぜなら、訪問は「人間対人間」の出会いの場であるからとする。

「やっぱり、向こうが裸なんだから、こっちが裸で行かなきゃしょうがないじゃん。向こうは何でもないんだからねえ。鎧なんか何も着てない、ありのままで、毎日、生活してるんだから。こちらもありのままでぶつかるしかないじゃないかっていう感じですけどね、うん。」(p21)

「うん、だからね、専門性を前面に出すなっていうのはね、僕は医者性を出しちゃ駄目だね。看護は看護性を、PSWはPSWだとかいう格好だね。そういう専門性は鎧だからね。鎧にして迫っちゃいけないよっていうことだよ。そうじゃなくって、普通の人間で、そういうの全部取っ払っちゃって、人間対人間で接したらいいよっていうことなんだけど。というように思いますよ。」(p20-21)

利用者(当事者) - 専門職の関係を、純粹に、対価とサービスが交換されるサービス受給関係として見るならば、利用者はサービスを受給し対価を支払い、

専門職は対価に見合うサービスを提供する、といったそれぞれの役割を遂行する行為者ということになる。利用者（当事者）・専門職双方が、当該の役割関係や対価・サービスの等価性などについて了解していれば、ひとまず、こうした社会関係は安定的に展開されうると考えられよう。

しかし、このように記述されるサービス受給関係は、あくまでも役割と役割の関係であって、「人格対人格」の関係ではないのである。「役割を外れれば何もない」としているように、役割関係が展開される場面以外では、あるいは、当該の役割関係が終了・破綻すれば、利用者（当事者）・専門職の間では、もはや持続的・相互的なコミュニケーションは期待できないということになる。

先に示したように、新居によれば、訪問においては、地域社会に「人と人とのもたれあい」を創造していくことが重要なのである。訪問に携わる専門職も、当事者の「人と人とのもたれあい」の一部を構成する「人格」の一つなのだということができるだろう。

「やっぱりね、出会いなんだよ。本当にね、人と人出会うっていうのは、そういうことなんだよなって思うんでね。ほら、われわれは、いつも、どんな付き合いもそれやってないんだよね。ねえ。医者だ、患者。それからね、お店行けば店員で、こっち買う人。なんかいつも役割でこう接してんだよ。それ、楽だからね。余計なこと言わなくていいから、人間出さなくていいから。でも、全然つまんないよね。うん、もう、そういう関係でしかないんで、役割を外れれば何も無いんだもん。関係性ないんだもん。うん。で、本当に、それは寂しいですよ。うん、全部外しちゃうと、何も無いんでね。うん。で、1人ぼっちで。うん。そんなもん、鎧なんて取ったってつながれるっていうのが大事じゃないかなって思うんでね。ていう気するね。思いませんか？」(p21)

2) 専門知の相対化 - 様々な職種が関わることの意義 -

Ragins によれば、患者が辿る経過についての過去の「悲観的」学説¹⁵⁾が、その後の医学上の理論的展開と切り離されて、無防備な形で教育現場において繰り返し紹介されてしまう状況があるとする。また、精神科医をはじめとする精神医療の専門家が、病棟などで当事者に頻回に出会う場面は、精神症状が顕著で「最も状態の悪い時」であることが多いとする。そして、このような伝統

的医学モデルに基づく教育や専門職としての経験は、当事者の否定的側面に注目するパターン化した見方をもたらす可能性がある」と指摘している (Ragins 2002=2005, 34, 38)。

新居も次のように自身の経験を自省的に語っている。「医学的常識，精神医療の常識」に基づいて，ある患者の予後について，「どうやってもうまくいきませんけどねって」と思う時があった。しかし，実際の結果は，その予想を完全に裏切るものであった。この経験から，自身の持つ「常識」で当事者の可能性を判断することが孕む限界性を認識したとしている。

「で，俺，こんなじゃ駄目だよなってね，もうね昏迷状態で，妄想，幻聴があって，こもっちゃって。でも働きたいとかね。「えー，働けるわけないじゃん，こんなんで。まず，対人関係，もうちょっと良くしなきゃ」と思ったけどね。なんかね，働くところ行っちゃったら，急に，こうね，なんかね，働くようになっちゃって。関係がね良くなってっていうのがあって。俺の常識なんか，本当にね，当てにならんなどか思って。こんな人，働いてんのかよっていう感じだよ，具合悪くてね。」(p18)

さらに，PSW など他の専門職の方が「医学的常識，精神医療の常識」という点からすれば「素人」であり，かえってそのことが，訪問型支援においてプラスに働くのだとする。彼らは「常識でいく」のである。ここでいう常識とは何か。新居は充分にその意味を説明していないが，前後の文脈などから考えれば，「生活者の常識」ということになるだろう。

「……で，それから，こう，みんな素人なんだよ，医療的にはね，PSW ね。ま，訪問看護のほうが，まだ（医療的な）専門性があるんで。で，素人であることは，やっぱり良かったなって思ってるけどね。常識でいくんだよ。で，医療なんか飛んじゃってるんだ。それがかえってプラスするよね。」(p17-18)

3) 常に新鮮な気持ちでいる

新居は，「新鮮な気持ちで患者さんと向かい合う」ことを大事にしているという。これは，既にある何かしらの見方に依拠し，可能性を決めつけてしまう

のではなく、患者が発するメッセージを聴くことである。専門家が先に示したような否定的側面に注目するパターン化した見方に依拠しているとするならば、当事者の予後に関わる可能性は見えてこない。なぜなら、当事者の希望が語られたとしても専門家の説明モデルである「希望のないパターン化した見方」に基づき解釈されることで、希望の語りは実現不可能なものに翻訳されてしまうからに他ならないからである。また、場合によっては、希望の語りは、疾患が寛解していない証拠として回収されてしまうこともありうるだろう。

別言すれば、「新鮮な気持ちで患者さんと向かい合う」とは、既存の理論・見方に基づき現象や行動を解釈してしまうような「模範的態度」をそなえた<知者>の立場を保留すること、すなわち無知の姿勢 (Anderson & Goolishian 1992=2001) で向かい合うことを意味しているのである。患者の語り・物語は、彼らの希望やニーズ、あるいは困難などを理解する上での源泉なのであり、固有な「病いの体験」を表象するものである。とするならば、彼らの語りを、既存の理論や見方に基づき翻訳してしまうのではなく、生きられた経験として傾聴し理解していくことが重要となってくるのであろう。

「もう、なかなか、本当、みんな底が知れないっていうんか、付き合えば、付き合うほど変わっていくしね。もうなかなか、こいつはこういうやつなんだってなかなか決めつけられないなって思うしね。病気もそうだしね、病気も変わっていくし。ああ、人間ってなんて底が知れないんだろうって思うしね、うん。本当に驚きですよ。へえ、この人がとか、思うことよくあるからね、うん。と思うんで、やっぱり常に、何ていうんかな、新鮮な気持ちで患者さんと向かい合うっていうのは大事なのね。こいつはこうだって思っちゃってやってりゃあ駄目だね、うん。患者さんの声もね、メッセージも、大事なメッセージ聞き逃しちゃうことがある。」(p29)

(9) 他機関との連携をめぐる

繰り返しになるが、ここで、本論の最初で述べたことを今一度、確認しておきたい。近年、日本でも、リカバリー（あるいはストレングス）が実践上の主要なキーワードとして広く普及しつつあるが、残念ながら、専門職や関係者間で、その含意と意義について充分共有されているとは言えない。また、実際の制度や資源状況が、当事者のリカバリーの促進を充分具現化するものとなって

いるとも言い難い状況にあるだろう。

こうした状況下においては、リカバリーやストレングスの視点にたち諸実践を展開したとしても、地域社会において、いわば「陸の孤島」化してしまい、結果的に利用者の囲い込みに転じるという「意図せざる結果」が生起する可能性もある。このような帰結を回避していくためには、リカバリーやストレングスの視点に立つことの含意や意義、当該実践のゴールや手法などを、より多くの専門職や関係者間で共有し、地域の関連機関・組織等との連携を深めていくこと、またそうした取り組みにおいて、地域の諸資源をさらに開発・整備していくことも必要になるといえるだろう。

新居は、福祉で言えば、地域活動支援センターや就労継続支援 A 型と B 型など、うまく連携がとれているところもあるが、人と組織に「よりけり」という状況にあるという。つまり、比較的順調に連携が取れている所もあるが、他方で、関係者との間に「常識の落差」がある場合があるのである。例えば、医療、とくに病棟スタッフは、病気が重篤であれば地域生活ではなく入院治療と考えるスタッフが多いとする。他方で、急性憎悪等で短期的な入院治療が必要な場合、柔軟に対応してくれる病院が少ないとする。また、ショートステイについては利用に時間がかかる場合がある。そして、警察や保健所、あるいは、市町村健保窓口なども、うまく協調関係をくむことが出来ればと考えているという。いずれにしても、「周りの批判」に終始するのではなく、具体的な個々の対象者への支援において、他機関や関係者と「常識」を共有し、連携体制を構築していきたいとしているのである。

なお、ここでの「常識」とは、おおむね本論の「(1) クリニック設立理念に見える支援の方針」で集約された 3 つのポイント、重篤な精神障害があっても地域生活が可能、リカバリー・ストレングスの重視、地域社会への参加、が該当すると考えられよう。

「難しいね。こうなんか常識の落差があるんだよね。で、意外とうまく、もうちょっとこうね、何ていうのかな。協調というか、し合えればいいんだけど、うまくいかないねえ。具合が悪い人に、例えば、ヘルパーさん、ヘルパーステーションなんかとね、割と連携大事なんじゃないかなって思うんだけど、やっぱり、ヘルパーさんは、ヘルプだけして帰るよね。」(p23)

「だから、そうはいつでも、とにかく、われわれだけで全部できるわけじゃないんで、ねえ。いろんなところとね、こう連携っていうか、つながっていかないといけないなって思ってますけど。まあ大事なことだけどね、うん。だから、みんな、協力してくれないなと思いつつ、やっていますけどね。でも、段々、広げていかなきゃとは思ってるけどね。というわけで、うまくいってるとは全然思っていないけど、努力はしていないとね、うん。ここで、周りの批判ばかりしててもしょうがないんで、はい。やっぱりなんか必要な時は、ちょっと依頼に行ったりね。うん、あの、会議をもってもらったりしないといけないんで。」(p25)

(10) 今後の展開について

1) クリニックの経営の見通し

新居は、自身も取り組んでいる訪問型支援については、「医者の見地」「医療経済的な見地」からすれば、「無駄なこと」「馬鹿なこと」をしていると思われるはずだとしている。重篤な精神障害がある人々の元に、各種専門職が継続的に頻回に訪問する。しかもその期間が場合によっては、1, 2年、またはそれ以上になることもある。つまり、端的に言って、診療報酬基準にあわせた支援ではなく、あくまでも必要性を基準とした診療報酬を度外視した支援なのである。

「なんでばかなことやってんだよって、また誰かね、もうね医者の見地からすると、こんなばかなこと、無駄なことやってんなって思われるに違いないんだよ。で、われわれのやっていることも、最初はすぐうまくいかないからね。あのー、重度のケースで、場合によっては、半年、1年、2年かかるでしょう。……」(p12)

「というわけで、医療経済的な見地から見ると、なんかね、やっぱなんか、新居たち、馬鹿なことやってるよなって思われるかもしれないんだけど、僕はすごい意味があると思ってるよ。うん。」(p12)

確かに診療報酬の限度をこえて訪問にいけば点数にはならない。しかし、新居は、必要ならば、点数にならなくとも行けばよいとする。なぜなら結果的に

クリニック全体でやりくりができ、スタッフに給料が支給できればそれでよいとしているのである。新居は、クリニックがつぶれてしまわないよう一生懸命外来診療を行くことが、自身の役目であると語っているのである。

2) 訪問支援活動の今後

ところが、新居は、今後、ACT が保険医療の枠組みの中に組み入れられ診療報酬化等されていくこと、つまり「体制化」について危惧を表明する。

「これね、ACT なんかね、体制化すると本当にまた駄目になるんじゃないかなんて、逆に思ってる。もう、金もうけ企むやつ必ず出てくるから。訪問に形式的に行って、で、大変な患者ではしょっちゅう行って、点数上がるし。どういう風にするのか、僕、よく分かんないけど。まあ、いろいろな、行政っていうか、保険医療の枠の中に入れば、うまく悪用するやつが必ず出てくるしね。精神医療なんて、そうじゃないかね。」(p26)

いずれにしても、今後、精神科病院の経営、とりわけ入院医療をめぐることは、更に厳しい状況になるだろうと予測する。そして、精神科医は地域に目を向けざるを得なくなるだろうとする。「あと 10 年ぐらいすれば、われわれの天下」となるだろうとも言う。そういう意味で先駆的な取り組みをしているのだとしているのである。

既にふれてきたように訪問には様々な苦労があるが、他方で面白さもある。訪問を始めてから、毎朝散歩をしながら、患者の顔を思い浮かべ支援の方法をあれこれ考えることが日課となっているという。新居は言う。「もう極めて面白い毎日」だと。

「そのうち、僕は、精神病院っていうのは、もう本当にこう、だんだんこうなっていくから、そうすると、精神科医あぶれるよね。地域に目を向けるしかなくなるからね。まあ、あと 10 年ぐらいすれば、われわれの天下だっていうか、主流になってるんじゃないかって思うから。それまで、ちょっと、先駆的な存在ではあるかもしれないんだけど。まあ、それはもういろいろ苦労もあるけど、でも、まあ面白さもあるよね。」(p26)

5. 結論と今後の展望

以上、重篤な精神障害がある人への訪問型支援を中核とした地域精神保健活動に従事する精神科医の語りについて考察してきた。最後に、語りの考察における知見を総括しながら、その実践の含意について議論するとともに、今後問われるべき問いについて整理した上で本論を閉じることとしたい。

(1) 精神科医師の語りにみるリカバリー志向の実践とアウトリーチ

疾患・障害はあくまでも当事者の一部として捉え、重篤な精神障害がある人の地域生活支援を主な業務としていること、この目的を達成する手段として訪問型支援を位置づけており当事者のストレングスを基点とした関係構築やリカバリーの促進に照準していることなど、医師が示した訪問型支援の捉え方や関係構築の方法は、2章で整理した先行事例に見られたリカバリー志向の実践の諸特徴とおおむね重なるものといえる。加えて、贈与論の援用による「もたれ合いの関係」の構築という方法や初期段階の関係構築に向けた諸戦略など、実践における成果に基づいた独自の理論化が一定の説明力を保持しつつなされており、他の実践活動への応用可能性が期待できるだろう。では、以下、精神科医師の語りの考察から明らかになったことについて概観・集約しておこう。

訪問型支援は、当事者のストレングスに照準した無償のプレゼントを贈与することであり、そのプレゼントを当事者が受け取ることは、同時に、支援者の愛情や信頼感をも受け取ることであった。このやり取りが当事者の何らかの反応を招来し、結果的に当事者と支援者間に、人格と人格のつながり形成されうるとしているのである。このことは、リカバリーを疎外している社会からの離脱状況を克服しうる「もたれ合いの関係」を作ることに他ならない。新居にしてみれば、訪問型支援に従事する専門職も、このもたれ合いの関係の一部を構成する存在であり、たとえ、重篤な精神障害があったとしても、この関係があれば地域生活は可能だとしているのである。こうした捉え方は、単なる理想として示されているのではなく、あくまでも実際の臨床実践の中での自身の手応えに基づいたものであったということができよう。

また、このような贈与を契機とした「もたれ合いの関係」構築以前、つまり、専門家が当事者に初めて出会う場面においては、精神科医としての自己呈示の

先送り、「無害な存在」「あやふやな存在」であることの伝達などの方途が駆使されていた。これらは、いずれも、精神医療・専門職への強い不信感・拒絶感、妄想的不安の増幅の回避を意図して用いられた方途であったのである。また、服薬も、社会的離脱の一つの要因である苦悩や障害をもたらす症状の緩和・軽減、ひいてはコミュニケーションの回復という観点から、一つの選択肢となっていたのである。

さて、新居医師は、もたれ合いの関係を生み出していくためには訪問スタッフが個々の専門職としての役割にとらわれないことも重要だとしていた。確かに、個々の専門職が、上昇する関わり方の自由度を肯定的に受けとめるならば、訪問の意義を見いだすことにもなるだろう。他方で、生活モデルに準拠した支援に内在しやすい課題とも言えるが、支援内容が非限定的になりやすく、支援の画一化が行いにくいなど、専門職にとって過重な負担を招来する可能性も小さくない。ゆえに、新居医師は、このような意味においても、チームとして「大変さ」を分かち合うことが重要だと指摘していたと考えられるのである。

以上のような理念と実践に辿り着くまでには次のような経緯があった。医師になった当初から、精神医療の「視野の外」に置かれた患者に焦点化していた。「視野の外」に置かれてしまうのは、精神科病院内部の治療者・当事者間の「圧倒的非対称」関係などに起因すると考えていたのである。その後、臨床現場を移った後も、病棟の管理性の低減と患者の主体化を目的とした病院改革を続けていくこととなるが、病院退職後、ボランティアで訪問活動に従事していく中で大きな気づきが訪れたのである。それは、「医療モデル」からの解放であった。たとえ精神症状が強固に残存していたとしても、ストレングスを基点に他者とのもたれ合いの関係が営めればよいのだということに気づいたのである。そして、今一つの気づきは「箱の外」に出ることの重要性である。いずれにしても、自己が既に携えている専門知や経験知を否定・修正する異なる物語（＝地域で暮らす当事者の生きられた経験）に対し、新居医師が柔軟に「無知の姿勢」で向き合い続けた意味は大きい。なぜなら、このことによって初めて臨床経験を自省的に振り返ることが可能であったからである。

では、最後に、リカバリーの「闘い」としての側面に焦点をあてながら総括しておこう。リカバリーは、「社会における支配的な力」「社会で確立しているケアの仕組み」との闘いとしても捉えることができたが、ここでは、具体的に、臨床実践のあり方を規定する医療経済の制度的枠組みと地域の関連機関・関連

組織等との連携についてまとめておくこととしたい。

新居医師は、利用者にとっての ACT の必要性を判断する基準は、診療報酬ではなく、あくまでも個々の利用者のリカバリー促進にとって必要であるかどうかであるとしていた。そして、このような、採算を度外視した実践は、外部から見れば「無駄なこと」「馬鹿なこと」なのである。このことは、同時に、当該クリニックが実践しているような ACT が、現行の医療経済の枠組みでは十分に評価されえないことを示していたといえるだろう。こうした問題意識に基づくならば、現行の保険医療等のあり方を再検討する議論が重要となるであろうが、その際、新居が指摘していた「体制化」に伴う危惧についても充分留意することが求められるだろう。

そして、実践の「陸の孤島」化やその帰結としての利用者の囲い込みという意図せざる結果を回避していくためには、利用者の自己決定の尊重はもちろんであるが、実践の含意や意義、実践のゴールや手法などを、地域の専門職や関係者間で共有し、地域の関連機関・関連組織等との連携を深めていくことなどが肝要であると考えられた。しかし、新居医師によれば、関係者の間で、必ずしも「常識」が共有されているとは言えない実情があるのである。今後、如何なる方法と過程において「常識」の共有化が図られていくことになるのか注視する必要があるといえるだろう。

(2) 残された問い - リカバリー志向の実践の今後の展開可能性をめぐって -

まずは、本論が精神科医の語りに着目し実践の意義と課題について検討を行ったことについてである。訪問型支援に限定しても、PSW、作業療法士、看護師など、医師以外の専門職も ACT チームのメンバーである。また、ぴあクリニックでは、当事者がピアスタッフとして虹の家の運営などに関与しているのである。さらに、これらの活動を構成するアクターとして、当然のことながら、サービス利用者である当事者やその家族も列挙しうるのである。つまり、本論で得られた知見は示唆に富むものであったとはいえ、医師の語りに基づくものであり、今後、他の対象者のインタビュー結果もふまえて考察を深化させる必要があるのである。換言すれば、リカバリー志向の実践・訪問型支援の多声的記述ということになるだろう。

また、本論は、ぴあクリニックの地域精神保健福祉活動の中でも ACT に焦点化する形で議論を進めてきた。しかし、医師の語りにも表象されていたよう

に、地域社会に「人と人とのもたれあい」の関係を構築していくにあたって、当事者同士の関係、つまりピア関係も重要視されていたのである。さらに、当事者活動の空間である虹の家がその拠点となっていたのであり、当事者のリカバリーの促進にとって、虹の家が如何なる意味を有しているか考察する必要があるだろう。これまでの研究における今のところの知見（南山 2014c）¹⁶⁾を参照にしつつ、さらに当事者の語りの分析なども進めながら検討していくこととしたい。

そして、訪問型支援とモラルディレンマの問題である。病院という「箱」内部における患者・医師間の「絶対的非対称」関係を相対化・無効化していくためには、「箱」から出ることの重要性が語られていた。しかし、今日、高齢者の在宅介護の領域においても議論（松田・青田・天野・宮下 2014）されているように、地域社会におけるケアにおいても様々な倫理的問いが存在しているのである。例えば、本稿では、若干、言及するに留まったが、当事者の支援の拒絶や判断能力の著しい低下などをどのように考えるべきか、またその際どのような支援を行っていくべきか（あるいは行うべきではないか）といった倫理的課題（上久保 2014）について議論していくこともあわせて肝要なのである。

最後に、精神科病棟の位置づけをめぐる問いについてあげておこう。地域／病院という二項対立図式のもと、単純に、地域を「善」／病院を「悪」と捉えてしまうことへの批判（浮ヶ谷 2009）がある。確かに、「地域」が「施設の延長」と化す事態も起こりうるであろうし、楽観的なコミュニティケア推進の議論は慎むべきという点において同意可能な議論である。しかし、新居の語りに一貫して見られたのは、日本の精神科病院の歴史やその有り様に対する批判的な見解であった。ここでは、さらに議論を進めておこう。

今日、医療全般で、治療医学の限界性の露呈に伴い医学モデルから生活モデルへの転換が生じ、他方で、病院機能の高度化・専門化の進展を背景に、治療医学の対象ではない患者の在宅への移行を促進する流れが形成されているのである。このような動向において、地域包括ケアシステムへの期待の高まりを見出すことが出来る（猪飼 2011, 2013）。しかし、精神医療の場合、精神科病院の大部は私立病院なのであり、利益とコストの管理を通じた「経営体としての病院」の維持に対して大きな関心が存在しているのである。既述したように、地域へという政策的議論が活発化してはいるものの、今のところ精神科病床数は顕著な減少傾向を見せておらず、社会的入院の存在も衆目の一致するところ

となっているのは、精神科病院が既存の収益モデルを幾ばくか保持しようとしていることの証左ともいえるのではなかろうか。

高木が指摘しているように、行政や精神保健システムに関わる諸団体が断固として脱施設化を達成しようという明確な意思を持たないまま、私立病院中心の病床が温存されつつ地域生活中心という理念のみが先行すれば、従前の施設の発想に基づいた社会復帰や障害者支援が行われてしまう危惧があるのである。そして、現状に対する徹底した歴史的批判なくして安易に ACT 導入の議論を進めてしまうことは、病院・施設内で実施される管理的関与を地域に拡大するに過ぎないともいえるのだ（高木 2011）。とするならば、このような歴史的・制度的文脈について十分にふまつつ精神科病院について論ずる必要があるのである。新居医師の言葉によれば、「体制化」が孕む問題といえるだろう。

以上、やや羅列的ではあるが、本稿を終えるにあたり、本論の検討を通じ抽出された幾つかの問いについて議論した。今後、稿をあらためそれぞれの問いについて検討していくこととしたい。

【注釈】

- 1) 本論はH23年度～H25年度科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成）基盤研究(C)「精神障害者の語りの実践と関心コミュニティの展開可能性」(課題番号 23530721 / 研究代表者南山浩二)、および、H26年度～H27年度成城大学特別研究助成研究課題「重度精神障害者を対象としたアウトリーチサービスの展開と課題 リカバリー概念に基づいた「新たな専門性」に焦点をあてて」の成果の一部である。
- 2) 精神科病院における入院治療の目的が、一定の保護的環境における集中的な医学的治療にあるとするならば、インフォームドコンセントが重要視され当事者のニーズや自己決定が尊重されたとしても、病状管理や生活管理などは、病院という空間内において行われるがゆえに、病院という組織の事情・規律や専門職の論理が、患者の事情や論理よりも優位となりやすいといえる。さらに、精神科病院が長期にわたる隔離収容を行う全体的施設としての特徴を有するならば、Goffman が指摘したように、収容者の自己が精神科病院という社会環境に協調的・適合的な自己へと再編されていくモラルキャリア形成の場と化することにもなるだろう (Goffman 1961=1984)。しかしながら、地域社会においてサービス提供を行うということは、当然のことながら、これらの事態からある程度距離を置くということに他ならない。
- 3) その詳細な過程は次の通りである。2004年の精神保健福祉対策本部「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、入院患者総数32万9千人のうち7万人以上が社会的入院の状態にあり、入院医療中心から地域生活中心への一層の政策転換の必要性が確認されたのであった。さらに、厚生労働省は、2010年5月「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を発足させ、地域精神保健医療体制の今後のあり方について検討が行われた。その結果、入院によらない支援体制構築の必要性、を基本原則として確認し、その支援体制構築にあたっての検討課題として、アウトリーチ体制のあり方について議論を深める必要性が確認されたのである。また、厚生労働大臣の依頼により発足した「こころの健康政策構想会

- 議」では、今後は、多職種チームによるアウトリーチサービスを基本にする方針を掲げ、「地域こころの健康推進チーム（仮称）」の創設を提唱している。このような動向を受けて、2011 年からは、「精神障害者アウトリーチ推進事業」が開始されたのである。
- 4) 現在、医師の物語を記述する研究は未だ少ない状況にあり、先行研究の多くが「外部からの記述」によるものであった。すなわち、従来の医師の物語に関する研究では「内部からの、医療行為をすることについて実際に感じている経験、治療者であるとはどんなことなのかという物語」への関心が希薄であったのである (Kleinman, 1988=1998: 275-276)。ここで着目する医師の経験の語りとは、「内部からの記述」によるものに他ならない。
- 5) オンケンらは、専門家サービスにおける阻害要因として、病院中心主義の見方、組織改革を行う意志の欠如、危機対応能力の不在、サービスの断片化、サービスの画一化（非個別化）、職員教育機会の不在、ケア継続性への無配慮 (Onken, S. J. et al, 2002, “Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators.” (<http://www.nasmhpd.org/docs/publications/archiveDocs/2002/MHSIPReport.pdf#search=Onken+2002+recovery> よりダウンロード)) を列挙している。
- 6) ぴあクリニックホームページ (<http://www.peerclinic.jp/pg439.html>) からの引用
- 7) クリニックにおける ACT の加入基準や、支援決定までの過程の概要は次の通りである。対象年齢は、18 歳以上 65 歳未満である。18 歳未満については発達の観点から特別なケアが必要となる場合が多いため、必ずしも ACT サービスが適格的ではないとの事由から対象外となっている。また、65 歳以上は、原則、介護保険対象のため除外されている。診断内容であるが、DSM - に基づき「統合失調症」「慢性気分障害」と診断される人、およびこれらに相当する重度の精神障害がある人、自傷・他害の可能性がある人が条件とされている。そして、精神保健サービス利用状況については、医療を拒絶している人、未治療・治療中断・頻回入院の者、地域生活の継続と定着にとって重要な資源やサービスが不足あるいは欠乏している人などが列挙されており、総じて、ACT サービスを利用しない場合、入退院を繰り返す可能性が高い事例が対象となっていることが理解できる。なお、本人が来院を拒否している場合の訪問型支援決定までの手順は下記の通りとなっている。家族が来院し家族相談を実施し、それまでの経緯、症状、家族歴などにより精神疾患の有無の暫定的判断を行う。精神疾患がある可能性が高いと判断された場合、医師・PSW 2 名で訪問し、医師が診断を行い、必要性が認められれば訪問型支援の実施を決定、である（以上、ぴあクリニックホームページ <http://www.peerclinic.jp> の説明を集約し引用）。
- 8) また、2003 年、地域の専門職等関係者をメンバーとして西部 ACT 研究会を設立し、ACT などの訪問支援のあり方や可能性について検討を始めている。なお、2003 年 4 月から 2006 年 3 月にかけて、静岡県精神障害者退院促進自立支援事業代表もつとめた。
- 9) 患者の主体化・患者と医療者の対等化を主軸としながら様々な病院改革を行っている。例えば、院内外への情報公開を前提とした医療事故防止対策の推進、各診療科の蛸壺化や院内におけるいわゆる「たらい回し」の解消を目的とした総合診療部（院内プライマリーケア）の創設、高度救急救命センターの設置（ドクターヘリ基幹基地病院認可）など、である。
- 10) 頁数はトランスクリプトの該当頁を示す。なお、筆者による考察において、語りの一部を引用する場合は、頁数は示していないが、語りの一部分であることを明示するため、同様に語り等を「 」で括ることとする。
- 11) しかし、医療者が「内部の視点」を保持するならば、「異なる物語」は自らの物語の妥当性を担保する「根拠」「反証」へと還元され「吟味の対話」は生まれることはないと思われる（南山 2006）。

- 12) 精神保健法により、患者を隔離拘禁し強制治療できる権限を行使しうる資格「精神保健指定医」が誕生した。
- 13) 中沢の贈与論については(中沢 2003)を参照のこと。
- 14) 山口登・酒井隆・宮本聖也・吉尾隆・諸川由実代編著, 2014, 『こころの治療薬ハンドブック』(第9版), 星和書店・などを参照のこと。
- 15) 具体的な議論として、クレベリンの議論(=「統合失調症は人格荒廃に至る疾患」)が紹介されている。
- 16) これまでの研究における今のところの主な知見は次の通りである。単に空間と時間、活動を共にするということ自体が、緩やかな相互承認の機会や情動的つながりの感覚をもたらしており、社会関係の形成を準備する礎となっている可能性が示唆されている。さらに、虹の家におけるミーティング(あるいはその他の場面での語り合い)は、個々の利用者間の関係を、単に空間と時間、活動を共にしている人間関係から、個々にとっての有意義な関心コミュニティへと変容させるひとつ契機となっていたこと、などが利用者の語りから明かとなっている(南山 2014c)。

【文献】

- Anderson, H. & Goolishian, H., 1992, "The client is the expert," in McNamee, S. & Gergen, K. J. eds., *Therapy as social construction*, Sage. (「クライアントこそ専門家である - セラピーにおける無知のアプローチ」野口裕二・野村直樹訳, 2001, 『ナラティブセラピー - 社会構成主義の実践 - 』第6刷, 金剛出版, 59-88.)
- Anthony W., 1993, "Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of Mental Health Services System in the 1990's," *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. (濱田龍之介訳, 1998, 「精神疾患からの回復: 1990年代の精神保健サービスシステムを導く視点」『精神障害とリハビリテーション』2(2), 65-74.)
- 新居昭紀, 2011, 「心配無用! 親亡き後の生活支援」高木俊介・藤田大輔編 『こころの科学実践! アウトリーチ入門』日本評論社, 38-43.
- COMHBO (地域精神保健福祉機構), 2010, 『ACT ガイド』COMHBO (地域精神保健福祉機構).
- Cook J. A., Wright E. R., 1995, "Medical Sociology and the Study of Severe Mental Illness," *Journal of Health And Social Behavior*, 37, 95-114.
- Deegan P. E., 1988, "Recovery: The lived experience of rehabilitation," *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Friedson E., 1970, *Professional Dominance : The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press. (進藤雄三・宝月誠訳, 1992, 『医療と専門家支配』, 恒星社厚生閣.)
- Goffman, E., 1961, *Asylum*, Penguin. (石黒穀訳, 1984, 『アサイラム』誠信書房.)
- 猪飼周平, 2011, 「地域包括ケアの社会理論への課題 - 健康概念の転換期におけるヘルスケア政策」社会政策学会編 『社会政策』通巻7号, 21-38, ミネルヴァ書房.
- 猪飼周平, 2013, 『病院の世紀の理論』初版第7刷, 有斐閣.
- 伊藤順一郎, 2012, 『精神科病院を出て、町へ - ACT がつくる地域精神医療 - 』(岩波ブックレット), 岩波書店.
- 上久保真理子, 2014, 「Case 8 精神障がいのある方から訪問を拒絶されたとき」松田純・青

- 田安史・天野ゆかり・宮下修一編『こんなときどうする？在宅医療と介護 - ケースで学ぶ倫理と法』南山堂, 56-61.
- Kleinman, A., 1988, *The Illness Narratives: Suffering, healing and the human condition.*, Basic Books.
- (江口重幸・五木田伸・上野豪志訳, 1998, 『病いの語り - 慢性の病いをめぐる臨床人類学』第3刷, 誠信書房.)
- Lovejoy M., 1982, "Expectations and the recovery process," *Schizophrenia Bulletin*, 8(4), 605-609.
- 松田純・青田安史・天野ゆかり・宮下修一編著, 2014, 『こんなときどうする？在宅医療と介護 - ケースで学ぶ倫理と法 - 』静岡大学人文社会科学部研究叢書, 南山堂.
- 南山浩二, 2006, 「「現実」をめぐる「共同的対話」 - ナラティブセラピーの展開とその含意 - 」静岡大学哲学会『文化と哲学』第23号, 1-20.
- 南山浩二, 2011, 「メンタルヘルス領域におけるリカバリー概念の登場とその含意 ロサンゼルス郡精神保健協会ビレッジ ISA に焦点をあてて」静岡大学人文学部『人文論集』第62号の1, 1-20.
- 南山浩二, 2014a, 「精神障がい者と家族」清水新二編『臨床家族社会学』放送大学教育振興会, 107-127.
- 南山浩二, 2014b, 「統合失調症と家族支援」清水新二編『臨床家族社会学』放送大学教育振興会, 128-150.
- 南山浩二, 2014c, 『科学研究費助成事業研究成果報告(基盤(c) 課題名「精神障害者の語りの実践と関心コミュニティの展開可能性」』(研究代表者: 南山浩二 / 課題番号 23530721 / 研究期間 2011 年度 - 2013 年度).
- 三品桂子, 2013, 『重い精神障害がある人への包括型地域生活支援 アウトリーチ活動の理念とスキル』学術出版会.
- Mulvany, J., 2000, "Disability, impairment or illness? The relevance of social model of disability to the study of mental disorder," *Sociology of Health & Illness*, Vol. 22 No. 5, 582-601.
- 中沢新一, 2003, 『「愛と経済のロゴス」 カイエ・ソバージュ 3』講談社選書メチエ.
- 野中猛, 2010, 「障害論から見たわが国におけるリカバリー論の展開」『精神科臨床サービス』星和書店, 第10巻4号, 26-31.
- Ragins, M., 2002, *A Road to Recovery*, MHA. (前田ケイ監訳, 2005, 『リカバリーへの道』, 金剛出版.)
- Rapp, C. A., & Goscha, R. J., 2011, *The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities* (third ed.), New York: Oxford University Press. (田中英樹監訳, 2014, 『ストレングスモデル - リカバリー志向の精神保健福祉サービス - 』第3版, 金剛出版.)
- 斎藤清二・岸本寛史, 2003, 『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』金剛出版.
- 桜井厚, 2002, 『インタビューの社会学 - ライフストーリーの聞き方』せりか書房.
- 高木俊介・藤田大輔編, 2011, 『こころの科学 実践! アウトリーチ入門』日本評論社.
- 高木俊介, 2008, 『ACT-K の挑戦 - ACT がひらく精神医療・福祉の未来』批評社.
- 高木俊介, 2011, 「ACT は脱施設化を促進できるのか? - 理念なき ACT 導入を危惧する - 」日本精神神経学会編『精神神経学雑誌』113巻6号, 627-631.
- 田中英樹, 2010, 「リカバリー概念の歴史」『精神科臨床サービス』星和書店, 第10巻4号, 8-13.
- 浮ヶ谷幸代, 2009, 『ケアと共同性の人類学 北海道浦河赤十字病院精神科から地域へ』生活

地域精神保健福祉活動に従事する精神科医師の語り

書院 .

Watson, D. P., 2012, “The Evolving Understanding of Recovery :What Does the Sociology of Mental Health Have to Offer?,” *Humanity & Society*, 36(4), 290-308, SAGE.

山田創, 2011, 「クリニックによる 24 時間サポート可能なシステムとは」高木俊介・藤田大輔 編『こころの科学 実践！アウトリーチ入門』日本評論社, 123-128.

山口登・酒井隆・宮本聖也・吉尾隆・諸川由実代編著, 2014, 『こころの治療薬ハンドブック』(第 9 版), 星和書店 .

