

〈特別寄稿〉

「セルフマネジメント支援における当事者性とは何か — 専門家の立場から —」看護の領域から 自立と成長の支援としての看護

— 援助関係論の視点から見た当事者体験 —

宮本真巳*

*東京医科歯科大学名誉教授

“What is the Positionality of Medical Welfare Services Users in Self-management
Support -from an Expert’s Point of View-”

Nursing as Support for Independence and Growth: Mental Health Care Service Users’
Experience from the View of Supportive Relationship Theory

Masami Miyamoto *

* Tokyo Medical and Dental University, Professor Emeritus

キーワード	
セルフケア	self-care
セルフヘルプグループ	self-help-group
自己決定	self determination
援助関係論	supportive relationship theory
当事者研究	user-led clinical research

I. はじめに—セルフヘルプグループとの出会い—

1980年代後半、筆者は精神科病院の看護師として10年余り勤務した後、精神医学系の研究所にポストを得て、臨床の場にも身を置きながら「セルフヘルプグループ（以下、SHG）の役割と専門職による支援」についての研究に取り組んだ。病院に籍を置いていた時期の後半は、アルコール依存症患者の地域支援の活動に加わり、専門治療の限界と共にAAや断酒会の可能性に心を惹かれていた。アルコール依存症や薬物依存症に代表されるアディクションからの回復支援は、SHGとの連携抜きには覚束ないことが、精神医療の専門職の間でようやく知られつつあった。ただし、依存症患者がSHGに加わったからと言って回復できる保障はなかったので、専門職の一部にみられた「AA頼み」と言われる傾向には疑問を感じていた。一方で、成立し始めていた精神障害者の患者会では、一部の専門職が過

保護、過干渉と思える動きによってSHG活動の自立を脅かしかねないことに困惑を覚えた。

そこで、SHGメンバーがそれぞれに心身の病や障害をどのように体験し、SHGへの参加は何をもたらしたかについて知りたいという思いから、SHGのリーダーやSHGを支援する研究者にインタビューを重ねた。そのおかげで、病の当事者としての苦悩が、SHGへの参加によって得られた一体感や自己肯定感、そして将来への希望によって和らぐと共に、新しい生き方に喜びを感じていることについて、繰り返し聞かせてもらうことができた。当事者にとってSHGへの参加と仲間たちとの出会いは、自分の中に眠っていた可能性を賦活させ、自分が変わりつつあるという手応えをもたらしていた。その反面、SHGのリーダーをはじめとする熱心な参加者が、活動継続に伴う負担が募るにつれて、メンバーや専門職との葛藤に巻き込まれ、仲間との出会いによる一体感や充実感が薄れ、苦悩する姿にも接する

こととなった。

こうした SHG リーダーとの交流は、専門職の役割についての再認識を迫るものとなった。疾患の治療やケアの専門家を標榜する以上は、苦悩する SHG メンバーを時には保護し回復を促進するための介入を的確に行う必要がある。とりわけ、病や障害を抱えた当事者は、活動が継続発展を遂げるにつれて役割や負担が増え、体力気力の限界を越えやすいためダウンしてしまうことがよくある。そのため、SGH とつながっていない当事者や関係者に呼びかけるイベントを運営する場合などには、支援者がいると運営に携わる当事者スタッフの負担は多少なりとも和らぐ。とはいえ、専門家から当事者である運営スタッフへの過剰な保護や介入は、当事者の依存や反発を招くことになり双方共にアイデンティティがゆらぎかねない。

さらには、医療職全般の傾向として、SHG への無関心や警戒心の広がりという問題もあった。医療やリハビリテーションはあくまで医療職の担うべき役割であり、患者会と呼ばれる SHG は医療とは無縁か無効、場合によっては有害という考えが根強かった。とりわけ精神科医療の分野では、患者会との接触により誤った情報を吹き込まれて医療職からの指示に従わなくなることを警戒する者もいた。

II. 当事者の主体性と医療職による保護・管理

当時、精神科病院に勤務する看護師の間では、医師や病院経営者の指示のままに過剰な監視と行動制限によって入院患者を管理し、埋め合わせに過保護な代理行為に走る傾向が蔓延していたが、そのような傾向を改めるべきであるという問題意識も芽生えつつあった。そのような空気を変えるには、当事者の自己決定や当事者グループの自律性を尊重すべきであると主張するだけでなく、看護師としての専門性や主体性はどこにあるかについて具体的に示す必要があるが、筆者にはまだ準備が整っていなかった。

このような状況では、当事者の体験についてしっかり聞きとることから始めて、当事者との対話を深めることを通じて、看護師の役割や援助関係の成立条件について明確にしていく必要があることは確か

だったが、どうやって対話を深めるかという課題は残った。専門的な知識を押し付けても対話は成立しないし、当事者の体験を受け身に聞いて意向に沿うだけでは、看護師としての経験知が生かされないの

で対話は深まりそうにない。SHG 研究に取り組み始めて間もない頃、筆者はある身体疾患を発症して中途障害者となり、その疾患の当事者による患者会に参加することになった。その時すでに筆者は 40 歳を過ぎていたが、「お若い方、よく来てくれましたね」と、自分より遥かに年上のメンバーから笑顔で呼びかけられた時に湧いてきた面映ゆい感じや、ようやく話の通じる仲間に出会えたという安堵感が今でも思い起こされる。そして、それまで AA などの SHG のミーティングに同席した時に、歓迎されるのはうれしいけれども、どことなく居心地の悪い感じがしていた理由がわかったような気がした。

同じ場所を共有していても、共通体験の有無によって感じることや考えることにはずれがあり、そのことが居心地の悪さを生むのである。それでも、ずれを感じていると率直に言葉で表現し合えれば居心地の悪さは和らぎ、立場を越えて相手の気持ちに興味が湧く。そのようなやりとりが契機となって、互いを感じていることを考えていることを突き合わせることであれば、それぞれの視野が広がる体験を共有する可能性が生まれる。SHG に医療職として参加する中で、そのことに筆者は薄々気づいていたが、当事者としての SHG 参加体験によって、同じ苦悩を共有する同士は、顔を合わせるだけで多言を要することなく、ふれあいを体験できることを実感したのである。

筆者が当事者として加わった患者会には、専門医が支援者として参加していたが、彼らはいわば、依存症患者の SHG に同席した時の筆者と同様の立場に置かれていたことになる。主治医として担当患者を治療する立場にはない医師たちに対して、当事者たちは率直に疑問や注文を投げかけ、彼らもごまかばらんに応じていた。そこで筆者も、参加した医師の一人をつかまえて、病状や予後について主治医に尋ねても「大丈夫ですよ」とはぐらかすような答しか返ってこないの困っていると伝え、経過を説明

し本当のところはどう思うかと聞いてみた。その答は、「経過は深刻で、標準的な症状ではなく再発のリスクもあるが根本的な対処策がない。ただ、今のところは安定しているので、無理をしなれば大丈夫だと思う。」という率直なものだった。考えようによっては、主治医でもないのに無責任ともとれる応答だが、筆者自身は曖昧な状態から脱け出せてスッキリすると共に、覚悟が決まる思いだった。ちなみに、根本的な治療法が開発されたのは、その数年後である。

この体験は、SHGの支援者に求められる役割についての示唆に富むものだった。支援者としてSHGの会合に参加したり、SHGメンバーと個別に会ったりすると、主治医や担当看護師からは得られない情報の提供を求められると共に、医療職や家族など身近な人々との人間関係にまつわる不満や日ごろの不安の語りが溢れ出してくる。そこで求められているのは、彼らの語りに耳を傾けた上で、わからないことについては率直に尋ね、理解や共感のできたことや、専門家として伝えたいことについては率直に告げる開かれた姿勢なのである。

そう考えてくると、筆者はSHGの当事者と支援者の両方を体験することによって、もともと援助職に求められている役割を再認識したに過ぎないともいえるのだが、何がすっきりしたという実感はあった。何がすっきりしたのかについて、当時は必ずしも適切に言語化できなかったが、しいて言えば「このまま続けていけばいいんだな」と思えたことだろうか。

Ⅲ. 援助職の専門性をめぐる葛藤

自分にも患者にも率直な開かれた姿勢は、ロジャーズによるクライアント中心療法の第一原則である自己一致に該当することは知られていたが、使いこなせている援助職は稀だった。クライアント中心療法の基本は、傾聴によって共感と受容に努める控えめな姿勢であるという“常識”から、自己一致は患者を脅かす乱暴なやり方である主張する人もいた。

そのような状況が長く続いてきたせいも、ロジャーズの重視する成長の支援を念頭に置き、患者

を脅かさないように配慮した上での率直さであっても、患者や同僚から「ずいぶん、はっきり言いますね」と驚かれることはあった。しかし、患者の一時的な動揺や反発を誘ったことはあっても、取り返しがつかないとか、埋め合わせができないと後悔した場面は思い浮かばない。患者と接した個々の場面で、常に自己一致を意識していた訳ではないが、結果的に自己一致は筆者にとって対話の出発点や転換点になっていたのだと思う。

一方、アメリカでは1950年代前半に、看護理論家ペプロウによって患者の成長の促進を重視する援助関係論が提唱されていた¹⁾。ペプロウは、サリヴァンから受け継いだ精神分析の流れを汲む精神療法の理論と方法にロジャーズの提唱した面接技法を組み入れて、患者の自立と成長の支援を目標とする独自の看護論を打ち立てた。すなわち、患者のニーズを他律的に満たす保護的・管理的な介入よりも、患者が自身のニーズを自力で評価し充足できるように支援すること、すなわち成長への支援こそが看護の本質であるという主旨である。さらにペプロウは、患者に限らず、あらゆる人のニーズは感情に反映していると指摘し、患者と看護師双方の感情に目配りしながら、患者と共に、患者の感情からニーズを読み取りその充足に取り組むことの重要性を強調した。

ペプロウの理論は、日本でも1960年代後半に紹介されていたが、臨床現場の実態としては、患者の安全を守るための保護と管理に重点を置き、必要な援助については看護師が判断し実施するべきであるという見方が根を張っていた。そして現在に至るまで、患者の保護と管理が優先されており、入院治療の重点が急性期に置かれる趨勢が、その傾向を助長しているように思える。とりわけ精神科医療の分野では、多くの精神科病院で過剰な行動制限が常態化し患者も看護師もともに苦悩している。

一方、社会福祉の分野では1960年代半ばに、ケースワークを双方向的な援助関係として捉えるという視点を提示し、今も影響力の大きいバイステックによる『ケースワークの原則』²⁾が訳出されている。この著作が契機となって、精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW）の間では、クライアントの自己決定権の尊重を社会福祉的支援の根底に置くべき

であるとの主張が有力となった。

クライアントの自己決定権尊重は、患者の保護と管理に傾く医療職のパターナリズムへの批判と連動し、精神科医療分野に新たに参入したPSWにとって職業的自律の強力な根拠となった。もっともバイステックは、法律や道徳に背く行為や能力不足、さらには環境条件の不備がある場合、自己決定権は制限を受けざるを得ないと述べている。ところが、自己決定権尊重の理念が先行してか、PSWが在宅患者の服薬拒否を許容したことが、病状悪化につながり、結果的に精神科病院への長期収容につながったと考えられる事例も発生していた。このような事例からは、自己決定権を重視するあまり、患者が自己対処能力を有しているという前提を暗黙の裡に立ててしまうと、患者もPSWも追い詰められかねないことが示唆された³⁾。

筆者自身は、医師や看護師の多くが患者の意思決定能力を低く見積もることに疑問を抱きながらも、経験上は患者の無謀な意思決定を見過ごすわけにもいかないことに、ジレンマを感じていた。そこで1980年代の中頃、親しくしていた指導的な立場のPSWに、患者が自分自身にとって望ましくない意思決定を実行に移そうとしている時は、医師や看護師に限らずPSWも、止めに入るべきではないかと問いかけてみたことがある。すると彼は、患者にとって何が望ましいかを専門職が判断するのは、結局はパターナリズムなのではないかと問い返してきた。これに対して筆者は、当事者と専門職の判断のずれを明らかにした上で、ずれを埋め合意に達するための対話を重ね、それでも埋まらなかったときは、患者の安全を守る上で必要最小限の行動制限を避けられないと論じたが、彼の同意は得られず話し合いは平行線に終わった。

IV. 自己決定権をめぐるジレンマ

① 意思決定の構造—価値判断と事実判断—

筆者は、この時の討論を契機に、患者の意思決定や自己決定権と、援助実践における保護と管理の位置づけについて問題点の整理を行う必要性を痛感し、手始めに、若い頃から馴染みのある社会学者の見田による価値意識の理論⁴⁾を援用することにし

た。

見田によれば、意思決定は「価値判断」と「事実判断」からなる。価値判断とは望ましきについての判断であり、すべきことの基準である「規範」と、したいことの基準である「欲求」の折合いによって決まり、「価値体系（価値観）」によって支えられている。社会学者は伝統的に、成長につれて内面化された規範が欲求の暴走を抑え込むことによって人々は社会適応を果たし、社会的秩序は維持されると考えており、フロイトの精神分析もこの図式を踏襲している。見田はこの図式に異を唱え、欲求の質が高まればそれに呼応して規範の質も高まるので、規範の働きは欲求の働きに還元されると考えた。すなわち、欲求は成長につれて、「生存」→「適応」→「統合」へ、それにつれて規範の方も、「慣例」→「(周囲からの)期待」→「一貫性」へと重点が移動する。その結果、規範によって欲求を抑え込まなくても、欲求それ自体を意識化し洗練させれば、適応は可能になり社会秩序も保たれるというわけである。

一方、事実判断とは、過去から現在に至る因果連鎖についての理解に基づき、一切の介入を排した場合、未来に何が起こり得るかを予想することであり、「知識体系（信念）」によって支えられている。そして、予想された未来が望ましくないという価値判断が下された場合には、望ましい状態に到達するための介入への動機づけが生じ、実行可能な手段の比較検討を経て意思決定及び介入が行われる。

② 意思決定の制約—能力不足と環境条件の不備—

バイステックは、意思決定の基盤を欲求に置きながらも、欲求を充足するための行動は、規範の代表である法律と道徳による制約を受け、さらに能力不足と環境条件の不備による制約を受けるとしている。見田による図式に照らすと、欲求の充足と法律及び道徳の遵守を両立させる適切な価値判断と、自己の能力や環境条件の不備についての適確な事実判断に基づき、自己発揮と環境条件の改善に努めれば、自己決定への制約は最小限に抑えられることになる。そこで医療・福祉分野の援助職にとって問題となるのは、心身の機能に障害を抱えるクライアントの能力不足と、環境条件の不備という条件についての扱いである。

精神疾患患者にありがちの能力不足としては、肥大化した欲求や強迫的な規範によって価値判断のバランスを欠く傾向や、因果関係の誤認により事実判断の的確さを欠く傾向を見出せそうである。また、病状が長引いて心身の疲弊が進行すれば、環境条件の改善に自ら取り組む意欲は低下していくはずである。そのような状態にある患者に対して、自己決定権を大前提として、適切な意思決定を下すのに必要な認知機能や、決定を実行に移す行動力の発揮を求めることが現実的とは言えない。

精神疾患患者に限らず、何らかの心身機能の障害を抱えている当事者は、多かれ少なかれ自力による意思決定や問題解決が不調に終わり、他者による何らかの援助を必要としている。そういう意味で、援助者が当事者に対して保護的な姿勢を取ることは必然性があるのだが、援助職は、当事者を機能障害ゆえに、意思決定や自己対処の能力を失った存在と見なして、過剰な保護と介入に傾きやすい。そのような事情からも、自己決定権の尊重という理念が重視されるようになったと考えることができよう。

しかも精神科医療においては、精神機能が著しく低下した状態での自己決定が許容されると、本人だけでなく周囲までも、社会生活に支障を来すリスクが高いという理由で、保護の名を借りた意思決定と行動の制限が度を越すことも容認されてきたという経緯がある。本来ならば専門職に求められるのは、患者と話し合い説明を尽くし了解を得た上で、必要最小限、最短期間の行動制限によって、将来に響くような生活破綻を防ぐという意味での保護である。しかし、往々にして患者の了解抜きに、不必要かつ無期限にわたる行動制限が設定され、しかも患者の状態変化に応じた行動制限の速やかな解除は行われなかったという実態がある。

③ 関係性の下での自己決定

このような精神科医療を取り巻く社会状況に照らすと、PSWが、当事者の自己決定権の尊重という理念を強調し実践の大前提と見なした事情を、医療職は真摯に受け止めるべきであることは事実である。しかし、看護師として精神科病棟で患者と日々接する立場からすると、現実の裏付けが乏しければ、患者の自己決定権の尊重という理念の実現は難しい

ことも明白だった。筆者はこのような状況把握に基づいて、患者の自己決定に基づく自己管理と、専門職による援助との望ましい関係について、俯瞰的な視点から考えてみる必要性を感じた。

そこで、一つの手がかりとなったのは、1980年代後半に社会学者上野が提起した、自立とは「意思決定における自己決定権と、遂行における自己管理能力」のことであるという定義⁵⁾である。上野は、1970年代の女性解放運動や1980年代の自立生活運動を踏まえて、老人、女性、障害者など社会的弱者の社会的自立という概念の意味合いは、「援助者に依存しないこと」から、「相互依存を目指すこと」へと成熟を遂げつつあると述べている。そう考えれば、当事者の自立及びその構成要素である自己決定と自己管理を、援助者への依存を排する孤立したプロセスではなく、障害者と援助者の関係性を視野に入れた概念として再構成できる。筆者は上野による提起に触発されて、バイステックに代表される福祉職の理念と、アメリカで発展を遂げてきた看護理論家たちによる問題提起との接点を見出すことができた。

V. 看護分野における援助関係論

① セルフケア理論の枠組み

アメリカの看護分野では、1960年代から1970年代にかけて、患者による自己対処を推奨する動きが加速していた。セルフケアの概念的整理を行った理論家として知られるオレムは、セルフケアを「人々が、生命、健康、成長、安寧(well-being)を守るための活動」と定義する⁶⁾。そして、セルフケアの限界、すなわち「セルフケアの前提となる判断、意思決定、自己管理を抑制する要因」によってセルフケア不足を来した人々に対しては、不足の度合いに応じて看護師による治療的、調整的な介入が必要であると考えた。オレムのセルフケア理論は、患者の意思決定能力や自己管理能力、看護師と患者の人間関係という要因を視野に入れてはいるが、患者の状態に見合った看護的援助について規定することに重点が置かれている。その結果、患者のニーズや必要な援助について判断するのは看護師であり、患者は看護師が判断した援助の受け手であるという局面が

強調され、患者と看護師の相互作用の中で看護が実現されていくというダイナミックなプロセスについての記述は乏しい。

② 援助関係論の展開

一方で、ペプロウは、患者と看護師の相互作用の中でこそ、患者の自立と成長という看護の目標は達成されると考えた。そして、看護師と患者の相互作用の質を高めるために、看護場面のやりとりを書き起こしたプロセスレコードの綿密な分析を通じて、援助関係作りについて学ぶという学習方法を開発した。この方法は看護教育に定着してきているが、ペプロウが使用した記録様式は、患者と看護師の言動を交互に書き連ねるといったシンプルなもので、看護師の内面を経時的に記述するには不便だった。

そこでオーランドは、看護師と患者のやりとりに加え、看護師の思考と感情を記述する欄を設け、看護師に自らの内面のプロセスについての自覚を促すことによって、患者のニーズ評価の質を高めようと考えた⁷⁾。すなわち、看護師が、患者の言動に刺激されて考えたことや感じたことを意識化して率直に投げかけ、患者の反応に注目することによりニーズ評価の精度を高めることができるという訳である。コミュニケーションの本質にふれた卓抜なアイデアだが、援助関係の形成という観点からすると問題が残る。

オーランドは、思考による判断が感情を生じさせるという不正確な前提に基づいて、心に浮かんだ考えや感情は何でも率直に表現することを奨励したが、この方法は配慮を欠いた本音の応酬を招き援助関係の展開を損ねるリスクを伴うからである。プロセスレコードによる学習の主旨からすれば、看護師の内面で実際に起きているのは、感覚や感情の下した判断に思考の働きによる整理や修正を加え、言語表現につないでいくというプロセスについての正確な理解が先決である。それによって、感情、思考、表現の交錯し合うプロセスを援助関係の展開につなぐ、適切な表現についての学習が可能になるはずである。

ウィーデンバックは、オーランドの考案した記録様式を用いて、看護師の内面に生じたプロセスを記述し、記述内容の分析を通じて、看護師と患者の相

互作用が援助関係に発展していくプロセスの明確化を試みた⁸⁾。そして、援助関係づくりの出発点は、患者の態度や言動から見た患者の様子が、看護師の期待と一致しないことへの気づきであると考えた。すなわち、患者に良好な健康状態を期待している看護師にとって、期待との不一致を感じさせる患者は、何らかの援助を必要としているのではないかと懸念の対象となる。

③ 援助関係論による自己決定権の再構成

患者の健康状態に懸念を抱いた看護師は、苦悩の中身についての確認から始まり、苦悩の生じた原因、健康回復の要件、必要な援助内容などについての気づきを患者に投げ返し、患者からのフィードバックを得てはまた投げ返していく。援助関係論から見た看護とは、こうして展開された相互作用を通じて、看護師が患者と共に必要な援助の明確化を図り、患者の健康にとって必要な条件を満たしていくプロセスである。すなわち援助関係論から見た患者の自己決定は、援助職への依存を排する孤立したプロセスではなく、援助職との協働と相互依存を視野に入れた概念なのである。

一方、患者の自己決定権を絶対視すれば、不安や焦燥感に駆られた患者が希望的観測に流れ、リスクの高い自己対処に走っても許容することになるが、患者自らが看護師との対話を生かし、価値判断や事実判断に小まめな修正を加えれば、望ましい意思決定へと導かれる。患者の自己決定権をあくまで重視する立場からは、リスクの高さや価値判断の望ましさを専門家が決めるべきではないので、当事者の自己決定に従った上で、結果に応じた支援を持続する伴走者に徹すべきであるという主張も根強い。この主張は一定の説得力を帯びているが、本人にとって取り返しのつかない不都合な結果を未然に防ぐことも援助職の責任と考えれば、意思決定にも支援を要すると考える方が現実的と言えよう。

④ 自己管理概念の拡大—介助システムの組織化と求助行動—

自己管理については、誰からも援助を受けることなく日常生活を維持できることであり、介助を必要とする障害者は自立していないという理解が長年にわたり常識とされてきた。この常識を打ち破ったの

は、1970年代にアメリカや北欧で始まり、日本でも1980年代以降、先駆的な試みが積み重ねられてきている自立生活運動である⁹⁾。それまで施設や家庭内で介護者への依存を強いられていた全身性障害者が、ライフスタイルの自己決定と介助システムの組織化によって、地域で自立した生活を送ることを選び始めたのである。自立生活運動は、自己管理概念の拡大とともに、援助関係の主導権を援助職から障害者へと大幅に移動させることを可能にした。ただし、その結果、介助職の精神的な疲弊が問題化し、障害者の自立を保証しながら、対等でオープンなコミュニケーションに根差す援助関係の構築が新たな課題となっている。

一方、1960年代後半にウィーデンバックは、援助希求行動 (help seeking behavior 以下、求助行動) の概念によって、援助を必要とする患者が援助を受け身に待つのではなく、自ら必要な援助を求めることの重要性を指摘した。看護師は、患者の求助行動に応じて要望内容の確認や援助方法の提案を行い、患者がそれに応じるという相互作用を通して、援助内容と共に患者の自己管理の質も向上する。求助行動の概念によって、急性期や臨死期を含め意識のある全ての患者が、適切な援助を主体的に選び取る可能性が開かれた。その意味で、自立生活運動と援助関係論は共に、自己決定と自己管理の概念に協働の視点を重ね、当事者の自立と専門職による援助をめぐるジレンマの克服に大きく寄与したと言えよう。

患者の自立の要件は、看護師との対話に支えられた自己決定と、看護師への求助行動に基づく自己管理であると規定することによって、援助関係論は自立支援の実践的・理論的な基盤となり得た¹⁰⁾。ただし、1990年代半ばの看護界では、セルフケアへの関心は患者の自己管理に限られていたので、患者の自己決定もセルフケアの要件であるとする筆者の見解は、一石を投じることになったようである。とはいえ、患者の自己決定に根差す自己管理という視点は、今も臨床現場に浸透するには至っていないようである¹¹⁾。

VI. 自己管理の振れ幅—受援力の発揮と自己管理の制限

2000年代後半に入って、健康問題に止まらず生活全般に問題を抱えながら援助希求行動を起こさず、効果の期待できない自己対処を続ける人にどう関わるかという問題が顕在化した¹²⁾。健康問題による生活破綻のリスクを抱えながら自ら援助を求めない人に対して、時には他律的な援助が必要であることについては、ゆるやかな社会的な合意があるとはいえ、どのような働きかけが望ましいかについての議論は煮詰まっていない。援助する側には「余計なお世話」と「無責任な放置」のジレンマ、当事者の側には自己決定権と自己管理責任のジレンマが付きまとうわけだが、筆者は東日本大震災を契機として注目を浴びた受援力の概念が解決のヒントになると考えた¹³⁾。

受援力は元来、被災した自治体が各方面から寄せられた援助の申し出を復興に活用するマネジメント力を意味した。被害が大き過ぎて、援助の申し出を活用できないという事態をどう克服するかという問題意識に根ざす概念であるが、自治体に限らず様々な集団や個人にも受援力を想定できるという見方が広がりつつある。健康問題を抱える当事者の場合も、受援力を発揮できれば、専門職による援助の申し出を求助行動や自己対処行動につないで、健康状態を改善し生活を再建する可能性が開けてくる。

友人のPSWとの対話から30年を経てようやく、他律的で過剰な保護や管理に通じかねない援助の申し出が、一定の限定条件の下では、当事者の停滞した歩みを自立に向かう軌道に乗せるためには不可欠であることについて合意が得られるようになったと思う。その条件とは、自己管理の制限を環境的にも時間的にも最小限に止めると共に、当事者と援助者の協働を可能にする対話を成立させるための努力である。

VII. 当事者活動とピアサポート施設の支援

SHGのリーダーたちへのインタビューを重ねたことがきっかけとなって、薬物依存症の回復者である上岡から、女性の依存症者のためのリハビリテーション施設を作るので支援して欲しいとの依頼を受

けた。自然な成り行きで、1991年に立ち上がったダルク女性ハウスの活動を運営委員として支援することになった。

その当時、薬物依存症者はなかなか病院では受け入れてもらえず、特に女性の依存症者には行き場を失っている人が少なくなかった。すでに数年前には、薬物依存症の自助グループであるNAがアメリカから導入され、男性を対象とした薬物依存症者リハビリテーション施設としてダルクの活動は始まっていた。しかし、上岡は薬物依存症という病名は同じでも、男性と女性とでは抱えている問題の質が大きく異なることから、女性のためのリハビリテーション施設づくりの必要性を実感していたという。女性の回復者も少しずつ現れていたが、回復の途上で亡くなる仲間が重なったこともあり、金銭的にもマンパワーの面でも準備は不十分なままに開設が急がれ、まさに見切り発車といえるスタートであった。

開設要員は上岡ともう一人の回復者が担当し、数年後からは当事者スタッフを中心に、看護師や事務担当者を含む数名による勤務体制で活動を維持している。支援者としては医師、看護師、保健師などの医療職、心理職、福祉施設の職員や管理者等の福祉職、行政機関職員の他に、広報担当のジャーナリスト、財政面の助言を担う会計士など様々な背景の人が加わった。

支援者にスタッフを交えた運営委員会は、開設当初から月一回設定されていたが、話し合いの内容は次第に広がりや密度を増していった。薬物リハビリテーション施設のための公的助成制度などなかった時代は、とにかく資金確保に苦勞し、あらゆる行政窓口から支援を断られながら、可能性のありそうな補助金に応募し続けるなど知恵を絞った。運営委員会は、助成を断られる度に落ち込む上岡やスタッフを励ましながら、行政担当者の冷やかな姿勢を切り崩すための作戦を練る場ともなった。上岡は、運営会議が「バックグラウンドも専門も異なるメンバーが集まる研究会」のように感じ、その中から「薬物依存症はもちろん、政治や社会の話題まで、緩やかに繋がる異種混濁の共通言語」が獲得されていったと述べている¹⁴⁾。薬物依存症者に対する日本社会の無理解や、治療よりも刑事処分に傾く薬物政策の

下で、薬物依存症のリハビリテーションに取り組むためには、考えるべきことが無数にあり、そのおかげで多少なりとも多少なりとも視野の広がりを共有できたかと思う。

薬物をやめ始めたばかりの女性ハウス利用者たちは、男性の依存症者以上に、苦しく不安な日々を過ごす。女性依存症者の多くは、深刻なトラウマ体験を抱え身の置きどころのない苦痛を薬物によってなだめながら、辛うじて生き延びてきたという経過をたどっている。それだけに、入所して自分の居場所を見つけホッとしたのも束の間で、薬をやめることによって本当の苦しみが始まる。運営委員会のメンバーは、利用者それぞれの苦悩への共感的理解に努めながら、当事者の苦悩を個人の問題として解そうとする個人モデルを退け、あくまで社会モデルに基づく理解に努めた。すなわち、社会制度や社会状況が依存症を誘発し回復を妨げる経緯を一緒に突き止めようとしたのである。

一方、当事者スタッフは、自分自身が回復や成長の途上にあることや、利用者との距離が近く葛藤が表面化しやすいため、心が揺れやすいことが先行施設の経験から知られていた。利用者たちは、共同生活の制約からくる不満や、先が見えないことへの不安から、他の利用者とトラブルを起こしたり、スタッフに反発したりすることがよくあって、上岡等を悩ませた。それでも、当事者からの不満や苦情については、自分の通ってきた道に重ねながら共感的に理解できるので、本音でやりあうことによってそれなりの手応えを感じる人が多いと言う。ところが、当事者家族とのやりとりは、自分が家族を困らせてきた過去が悔やまれると共に、家族がもう少し本人の気持ちを理解してくれば、こんなことにはならなかったのという思いを残すため、精神的な負担が大きかった。

こうして、日々生じる心の揺れや落ち込みは、時とするとスタッフを疲弊させ、利用者との援助関係づくりに支障を来し、施設運営を一時的に停滞させることにもなった。こうした事態に応じて、運営委員会では、日々の活動状況についての検討に加え、個々の利用者が抱えている問題や、利用者間、利用者—スタッフ間の関係性をめぐる突っ込んだ事例検

討に多くの時間を割くようになった。そのおかげで、運営委員は、スタッフの苦悩の体験についての共感的理解に努めながら、利用者の抱えている問題について理解を深め、当初から目指していた対等な立場から本音を言い合える関係に、少しずつ近づいて行けたように思う。

Ⅷ. 運営委員会による支援からスーパービジョンへ

運営委員会の機能は次第に活性化したものの、月に一回の会合で検討できることには限界があり、緊急事態や込み入った問題には対応し切れないため、上岡から運営委員に個別の相談を持ち掛けられることが増えて行った。筆者の場合は、個別事例の包括的アセスメントや、援助関係作りの方法論を専門に探求してきたこともあり、上岡が処遇に困難を覚えた事例について相談を受けることが重なった。そこで、このような相談をスーパービジョンとして位置付けた上で、しばらくの間は引き受けることになった。

一般には、対応困難な課題の解決に限定した一連の相談活動は、コンサルテーションと呼び習わされている。一方、スーパービジョンは、社会福祉分野で最初に取り入れられたシステムで、「専門領域の実践活動について経験、知識、技術を備えた実践者が、比較的経験の浅い同領域の実践者に相談面接を通して、継続的な援助、教育、管理を行うこと」を意味する。ただし、同じ相手によるコンサルテーションが重なると、スーパービジョンとの境目は曖昧になっていくと考えられる。

上岡から筆者に求められた役割は当初、施設運営をめぐる問題への対応策についての相談が多く、組織マネジメントに関するコンサルテーションの要素が強かったと言える。しかし、次第に上岡個人に対する精神的支援や、対人援助技法についての学習支援についての助言が、より多く求められるようになり、スーパービジョンの性格が強まっていった。

そうなるとう度は、筆者がスーパーバイザーに適任かどうかという問題も浮上してきた。一般に、コンサルテーションは相談相手の職種を問わないが、スーパービジョンは原則として、同職種間で行うこ

とが原則とされてきたからである。また、AAやNAには、回復と成長に向けて先行く仲間から継続的に支援を受けるスポンサーシップのシステムがあり、スーパービジョンの機能とは重なるところがあるように思えた。ただし、依存症者に対する仲間としての支援と、施設職員としての支援という2つの役割の使い分けには困難が伴うことが「二つの帽子」という用語によって知られていた。そのため、依存症施設の当事者スタッフの抱えている問題は、スポンサーシップだけでは対応し切れないことが、先行施設では指摘されていた。いずれにしても、当事者スタッフのスーパーバイザーに適任なのは、経験を積んだ当事者スタッフということになるが、歴史の浅いこの分野では、そのような存在を見つけようがなかった。

結果的に、筆者には当面、困難課題への相談を重ねることを通じて、上岡が当事者スタッフとして抱える課題への取り組みを支援する役割としてのスーパーバイザーが求められていると考えることにした。幸い、上岡と筆者は専門的なトラウマ治療に取り組む同じクリニックのデイケア・プログラムを担当していたので、日程を合わせて月に一回は対面で話し合う機会を作ることができた。また、上岡の紹介で、アルコール依存症施設の当事者スタッフのスーパービジョンも引き受けることになった。

筆者としては、スーパービジョンを担える当事者スタッフが育つまでのつなぎ役のつもりだったが、20数年経過した今も当事者スタッフ同士によるスーパービジョンは普及していない。ちなみに近年は、精神保健福祉分野におけるピアサポーター養成の取り組みが、地方自治体を中心に加速しているが、当事者スタッフの支援体制づくりは立ち遅れており、依存症施設の当事者スタッフにとっての懸案課題が、より切迫した形で再浮上しているように思える。

Ⅸ. スーパービジョンの概念について

筆者自身は、当事者スタッフのスーパービジョンを経験できたおかげで、スーパービジョンだからといって同職種に固執する必要がなさそうであることに気づけた。職種に固有の実践経験や支援方法の継

承を重視すれば同職種の方が望ましいが、援助関係の基本である個人面接やグループワークの技法は、当事者スタッフを含むどの援助職でも共有できる。それに、援助職の実践は、基本的に、危機的な状況に立たされ不安や困難を抱いて助けを求めるクライアントに、安全な場を提供し苦悩の軽減を図りながら、問題解決への取り組みを通じて自立と成長を促進するという役割で貫かれている。とは言え、どの援助職も同じ役割を取ればいいというわけではなく、必要な援助内容、援助が必要となった状況、援助者と被援助者の組み合わせによって役割の中身は異なってくる。

したがって、スーパーバイザーの重要な役割は、援助関係におけるスーパーバイザーの体験を援助職の共通体験に照らし合わせることによって、スーパーバイザーが今どこにいて、どこへ向かっているのかについて、自分から気づくのを促すことである。それには、スーパーバイザーとクライアントの感情の動きや両者の相互作用に肉薄するミクロの視点と、両者を取り巻く状況を俯瞰するマクロの視点を行き来する、メタコミュニケーションが必要になる。さらに、スーパーバイザーの気づきを深めるには、「援助関係についての援助関係」というスーパービジョンの二重構造を視野に入れたメタ認知も必要である。つまり、スーパーバイザーは、自分とクライアントとの援助関係についてのスーパーバイザーからの助言から得た気づきを、スーパーバイザーと自分との援助関係についての理解に重ね合わせることによって得られたメタ認知によって、さらに深めることができるのである。

筆者は若い頃から、スーパービジョンという教育システムに関心を持っていたが、修士論文でスーパーバイザーの体験について取り上げようとしたところ、指導教員等から取り組むにはまだ早過ぎると一笑に付されて断念した経験がある。教員の素早い反応に、スーパーバイザーである教員自身の態度や言動が俎上に載せられることへの不快と共に、その背景にある権威主義の根強さを感じ取って取り下げざるを得なかったのである。

X. グループ・スーパービジョンとしての事例検討会

看護師として臨床の現場に出てからは、個別の継続的なスーパービジョンを受ける機会も提供する機会もなかったが、事例検討会をグループ・スーパービジョンに見立てることによって、個別のスーパービジョンについても示唆を得ることができた。研究・教育機関に移ってからは、個別のスーパービジョンも手掛け事例検討会との比較によって、個別かグループかを越えたスーパービジョンの本質が少しずつ見えてきた気がした。

一般に、どの分野の事例検討会でも、卓越した指導者が事例提供者や事例展開の弱点を突くと参加者も追随して、事例提供者は不本意ながら引き下がるという権威主義的な関係性が生じがちである。そこで筆者は、事例検討会の参加者に、事例提供者も参加者も対等かつ率直に、本音をオープンに表現し合える民主的な関係作りを呼びかけるようにした。事例検討会の積み重ねによって、参加者はそれぞれの役割を發揮して事例提供者のエンパワメントに貢献し、事例提供者と参加者の間で多くの気づきが共有できることが確かめられた。

そこで、アクションリサーチ的な研究プロジェクトに取り組んだ結果、事例検討会で参加者が事例提供者に向けて發揮する役割は、支持、査定、直面化、統合の4類型に大別できることが明らかになった¹⁵⁾。この結果を個別のスーパービジョンに重ねてみたところ、4つの役割は、いずれもスーパービジョンが十分に機能するためには欠かせない要素であることに気づかされた。

事例検討会では、参加者がオープンかつ対等なコミュニケーションを心掛けさえすれば、参加者の持ち味に応じて4つの役割の分担が自ずと形成されていくという実感がある。ただし、事例提供者への共感を表現して支持的な役割を發揮できる参加者が、早めに発言することによって事例提供者の不安や緊張を解くことができると、査定や直面化を本領とする参加者の発言も事例提供者を脅かさずに、事例理解のリアリティを高めることに寄与できる。こうして、参加者がそれぞれに本音を率直に表現し合い言いたいことを出し尽くせば、必要な論点が出揃うの

で、問題点の整理・統合に基づき、事例提供者の関心に沿って今後の方針を確認することに、さほど苦労しなくて済む。

個別のスーパービジョンでは、いわば一人4役を担うことになるので、事例検討会の参加者よりは配慮すべきことが多くなる。4つの役割は衝突を起こすこともあるが、事例検討会では議論を尽くすことによって自ずとバランスがとれる一方で、個別のスーパービジョンでは、矛盾した指摘のように受け取られて混乱を来す場合がある。事例検討会では、査定的ないし直面的な発言があっても、他の参加者が緩衝材や触媒となり事例提供者の圧迫感を和らげることができやすいが、個別のスーパービジョンでは、スーパーバイザーの指摘がスーパーバイジーに直接向けられるので心に刺さりやすい。

大学院生の時から20年を経て、スーパービジョンの本質について自分なりのイメージが得られた気がして、指導的な位置を占める精神科医師、臨床心理士、精神保健福祉士を招き看護師としては筆者が加わって、スーパービジョンをテーマとするシンポジウムを開いたことがある¹⁶⁾。

その場で上記の内容を報告したところ、司会を依頼した筆者より一世代上の精神科医師は、“スーパービジョン解体”の主張に聞こえて抵抗を感じたと述べ、精神科医と臨床心理士代表のシンポジストも同意した様子だった。それに対して、司会者よりさらに年長だがクライアントの自己決定権尊重を早くから提唱していた精神保健福祉士代表のシンポジストは賛意を示してくれた。筆者の発想は民主主義の理念そのものであり、スーパービジョンの解体というよりも、独占を排して分担を推奨するという新たな方向性であろうというコメントであった。このやりとりから筆者は、スーパービジョンという世代や専門性を超えた共通特性を備えていると思えた概念も、やはり世代や職種による認識の相異や、価値観のずれは簡単に埋められそうにないことを改めて実感した。

XI. 当事者スタッフとのスーパービジョン

上述のような経緯から、上岡とのスーパービジョンでは様々な役割が期待され、筆者自身にも取りな

い役割について様々な思い入れがあった。実際に折々の状況に応じて様々な役割を担ったと思うが、個々の場面ではシンプルな対応を心掛けた。まずは、薬物依存症の女性たちの回復と自立のプロセスに、日常生活に密着して徹底して付き合うという上岡ならではの稀有な体験をめぐって、溢れ出してくる語りに耳を傾けた。そして、起こったことの実事関係を確認し、彼女が折々に何を感じたのかについて問いかけ、自分の感じたことを率直に伝え返すようにした。

思い返してみると、「そうなんだ」と「すごいね」を口癖のように返していたという印象がある。彼女は確かに、大変な目に逢って困り果てていて、しかも思い通りにいかないことが起こるたびに怒りや苛立ちを覚えながらも、自分が至らないせいではないかと自分を責めがちだった。しかし実際には、上岡は大変な状況の中で思いつく限りの工夫を最大限重ねているし、本人はうまく行かなかったと落ち込んでいても、十分な成果を収めていると筆者には思えることが少なくなかった。「そうなんだ」には、想像したこともない大変なことが日常的に起こることへの驚きや、理不尽な攻撃を向けられ苦境に立たされていることへの同情がこもっていた。また、「すごいね」には、それでも精一杯頑張ったその場を切り抜けたことへの感動や感嘆、そして専門職には想像もつかない貴重な体験への好奇心や羨望が滲み出ていたはずである。

また、行政交渉の場で、窓口担当者の偏見に根ざす差別的な態度に出会い、医療機関では胡散臭い人物とみなされて冷たくあしらわれたという話には、筆者自身の感じた怒りも込めて「ひどいね」と応じた。上岡自身は、こうした体験によって、時には諦めに近い無力感、徒労感を抱きながら、そこに現実の厳しさや、それを突破するだけの説得力の乏しさを読み取って自分を責めていた。このような仕打ちには、薬物依存症に対する相手方の認識不足や差別意識に根ざしており、上岡はそのことに怒りを覚えながらも頭わにすることを躊躇っているように思えた。「ひどいね」をきっかけに、「怒ってもいいんだ」と思えた上岡が吐露する相手方への怒りや不信を手がかりとして、行政や医療の担当者たちの無責任な

対応がなぜ横行するのかを探るうちに、一緒に少しずつ元気を取り戻すことができた。

後に上岡は、筆者と一緒に怒ってくれたことは意外だったが、うれしかったと語ってくれた。ただし、当初は筆者から「そうなんだ」、「すごいね」の合間に、「その時何を感じたの?」と問われるのが不思議で、多少まだるっこしい感じがしたとのことである。正直なところ「何を感じたかじゃなくて、どうしたらいいか教えて欲しいのにな」と思いながらも、問われるままに何を感じたのか記憶をたどりながら答えていたと言う。

上岡からすると、「そうだね」、「すごいね」、「ひどいね」は、いずれも今まで出会ったセラピストからは、めったに聞くことのないセリフだったが、わかってくれているという感じは伝わってきたと言う。ところが、「何を感じたの?」と言われると、本当はわかってくれていないのだろうかという疑問が湧いてきて、混乱したとのことである。それでも、問われるままに、ひどい出来事の瞬間に何を感じたのかを言葉に置き換え、さらに、その感情はなぜ生じてきたを探っていくうちに、その出来事の背景や自分にとっての意味が、鮮やかに浮かび上がっていくことに気づいたと言う。

XII. 相談面接の基本原則—異和感の対自化

筆者は、問題を抱え相談を求めてきた人の話に耳を傾ける中で、相手が語った困惑や苦悩を感じた出来事を取り上げて、その時何を感じたのかを話してくれるように促すことにしている。怪訝そうな様子を示す人には、その出来事によって抱いたはずの異和感について考えてみると、何かの糸口が得られるかも知れないと説明する。異和感とは、暗黙の裡に抱いていた予期（予測および期待）と現実との間にあらずれから生じた欲求不満であり、「すっきりしない」や「しっくりこない」という言い回しに該当する。多くの場合、異和感とは、やり過ぎせる程度の比較的弱い不快感だが、時には強い不快感が長く尾を引きトラウマが残る場合がある。異和感が生じた瞬間には、それほど強い不快を自覚しない場合も、不快感とは言葉にして発散させないとトラウマが残りやすい。そこで、異和感の体験を言葉にすること、不

快の原因を解明すること、そして不快の原因を取り除く方法を見出すことによって、不快を解消するための方法として筆者が考案したのが異和感の対自化である¹⁷⁾。

異和感の対自化は、8つのステップから構成されているが、大別すると「異和感の察知と識別」と「異和感が生じた理由の解明」の2段階からなり、異和感の対自化を行ったことによる心境の変化を最後に確認したところで一段落となる。異和感の対自化は元来、異和感の体験をあとで振り返ることによって内省を深めるために考案した方法だった。しかし、相手とのやり取りの最中に、異和感の発生にすぐ気が付けば、その場で可能な範囲で異和感を言葉にして伝え返すこともできる。伝え返せる内容としては、識別できた感情をそのまま表現すること、不快な感情が湧いてきた理由について説明すること、相手に対する要望や提案を行うことなどが考えられ、「異和感の投げ返し」と名付けている。異和感の対自化と異和感の投げ返しを連続したプロセスと見なせば、異和感の「察知、識別、理解、表現」の4段階からなる感情活用概念にまとめ上げることができる。

当事者研究を「知の共同創造のための方法論」として発展させていく流れを牽引する熊谷は、異和感の概念を自らが対話の成立要件と見なしている予測誤差の概念に近いと指摘している。その上で、異和感の対自化と異和感の投げ返しは、内に抱えたままだとトラウマや反芻、さらには暴力に転嫁しかねない予測誤差を「対話＝予測誤差の交換」と「省察」を通じて、研究とつながりの資源とするのが当事者研究であるとする自らの考えに通じていると述べている。

異和感の対自化は、「内省の深化を通じてコミュニケーションの質を高めるための技法」として開発したものだが、スーパービジョンはもとより、治療や相談のための面接、さらには相談以外の目的で行う面接にも適用が可能である。相談面接技法を代表する方法として、クライアント中心療法と精神分析療法を挙げるとすれば、感情活用は、いずれの方法とも組み合わせることができるように思う。

クライアント中心療法では、クライアントが気に

なっている出来事にまつわる感情を語るように促すこと積極的傾聴と呼んでいるが、クライアントの感情体験の由来を探る作業に深入りすることはむしろ禁じている。一方、精神分析療法では、クライアントの体験している感情のうちで不安とそれに関連の深い感情については解釈を加えるが、感情体験の全貌に迫ろうとはしない。いずれの方法を基盤にするとしても、感情活用に心掛ければ、患者理解に加えて治療者の自己理解が深まると共に、援助関係の質が高まるはずである。

なお、ロジャーズの後継者ジェンドリンは、治療過程の現象学的な解明に基づき、内面で推移する意識の流れとしての体験過程 (experiencing) に関心を払うことの重要性を指摘した¹⁸⁾。さらにジェンドリンは、特定の出来事やことがらを思い浮かべたときに湧いてくる、気がかりな感じを伴う身体感覚をフェルトセンス (felt sense) と名付けた。そして、フェルトセンスに含まれる多様な意味合いを言葉に置き換え読み解いていくことが、クライアントの回復や成長につながることを明らかにし、そのような過程へと導くための方法論としてフォーカシング (focusing) を開発した。

体験過程とフォーカシングに基づく心理的支援を FOT (Focusing Oriented Therapy) と呼び、ロジャーズによるクライアント中心療法の発展型である PCT (Person Centered Therapy) を代表する方法論と考えられている。

FOT の実践家・理論家であるメアズ (Mearns, D.) の提唱する「深い関係性」(Deep Relation) の概念¹⁹⁾ や、グリーンバーグによる EFT (Emotion Focused Therapy, 感情焦点化療法) の技法²⁰⁾ は、身体感覚や感情に焦点を当てることによって、クライアントに有益な変化をもたらす方法として注目を集めつつある。

XII. 当事者研究のインパクト

① べてるの家の当事者研究

疾患や障害により、自力で生活を維持することに困難を覚える人々に対する援助職の関わりは、本人の意思や望みを軽視した過剰な保護と管理に傾いているという批判が、少しずつ力を持ち始めたのは

20 世紀の後半に入った頃であった。それまで長い間、自力で生活を維持できない人は、判断力も対処能力も欠如し当事者能力を持たない存在と見なされ、不当な行動制限、行動統制を強いられてきた。疾患や障害により共通の苦悩を持つ人々が、自分の意思で、正に当事者として生きていくために始めた異議申し立てと自己管理の運動が、徐々に社会的な関心や理解を集め、援助職による自己批判と内部告発と重なり合い大きな流れとなった。

こうした流れの代表格が、全身性障害者による自立生活運動、精神医療関係者による精神医療改革運動、そしてアルコール依存症患者によるセルフヘルプグループ AA の活動であり、PSW の向谷地が当事者研究と名づけた活動はその延長線上にある。1984 年に向谷地は、統合失調症とアルコール依存症の患者と一緒に活動して、社会進出するための拠点として「べてるの家」を開設した¹⁹⁾。向谷地は統合失調症患者が、自分の体験を語るという AA のやり方に馴染んでいく中で、お互いに疾患は異なりながらも体験している苦悩の共通性に気づき合う場面に立ち会うことになる。

そこで向谷地は、統合失調症患者が体験を語り合うためのミーティングを設定し、メンバーの自己理解と体験共有の幅を広げるために、生活技能訓練 (以下、SST) や認知行動療法 (以下、CBT) を取り入れた。これらの方法を援用した語り合いは、情動を含む広い意味での認知の働きを視野に入れることによって、疾病治療と教育訓練に重点を置く「医学モデル」と、生活環境を主体的に整えることの支援に重点をおく「生活モデル」のジレンマを解くカギになったと言う。

とはいえ、SST や CBT を援用した専門家としての支援には限界を感じるようになった向谷地が、「どうしたらいいかわからないから一緒に研究しよう」とメンバーに本音で呼びかけたことが、当事者と専門家の壁を越える当事者研究の始まりだった。そして、精神障害を持ちながら暮らす中で体験している生きづらさを持ち寄り、苦悩の複雑な背景について理解を深め、仲間や関係者と一緒になって、その人に合った“自分の助け方”や理解を見出していこうとする研究活動の成果が蓄積されていった。

② ダルク女性ハウスの当事者研究

べてるの家の当事者研究は、多くの当事者、臨床家、研究者に影響を及ぼしたが、中でも当事者研究にいち早く取り組んだのがダルク女性ハウスだった²⁰⁾。薬物依存症者は、NAの12ステップを導きの糸として薬物を断てたとしても、すぐに楽になるわけではなく、薬物使用によって覆い隠されていた問題が顕在化し、そこから本格的な苦悩が始まる。そのため、次々と姿を顕す新たな難問に、スタッフもメンバーも翻弄されながら一緒に考えることが慣例となっていた。その意味で、べてるの家の当事者研究は、ダルク女性ハウスにとって重要なモデルであり、しかも「AAの遺伝子」を共有しているだけに馴染みやすい活動であった。

ダルク女性ハウスの当事者研究では、メンバーの個人的な苦悩を出発点としながら、女性の薬物依存症者に共通する困難をテーマに取り上げ、KJ法を用いたミーティングを通じてみんなで一緒に取り組むという方式をとってきた。主なテーマとしては、「断薬し初めて気づいた身体的な不調」、「暴力的で支配的な人間関係の体験」、「薬物使用を犯罪として扱われた体験」、「準備不足のままに直面した育児問題」などを挙げるができる。それらのテーマは、容易に解決が望めない難問であることに加え、トラウマ体験を呼び起こしフラッシュバックを引き起こすリスクを伴っていた。そこで安全対策としては、過去の辛い体験については手短かに話し、それでも不快な思いが湧いてきたら、その感じをできるだけ言葉にして共有することや、居たたまれない時は席を外しても構わないことなどを申し合わせたと言う。研究の成果はパンフレットや書籍に結実し、当事者や関係者にとって重要な指針となっている。

③ 当事者研究の発展

べてるの家とダルク女性ハウスの実践に触発され、綾屋は2011年に、発達障害者による当事者研究を主要な目的とした自助グループである「おとえもじて」の活動を始めた²¹⁾。熊谷は、この活動を支援してきた経験を踏まえて、当事者研究と学術的研究の協働に向けた試行錯誤を重ねてきている。熊谷は脳性麻痺による障害を抱え、医学モデルから社会モデルへの転換期を身をもって体験した上で、社

会モデルにも限界があることに気づき、それを当事者研究によって越えようとしている。

熊谷にとって医学モデルに基づくリハビリ訓練は、障害を克服し健常者の機能に近づけるといふ非現実的な目的の下に、虚しい努力と多大な苦痛を強いるものだった。一方、障害者に社会生活上の困難をもたらす要因は、個人ではなく社会の側にあるとする社会モデルの考え方は、自分ではなく社会環境を変えるための当事者運動に道を開いた。熊谷にとって、社会モデルは、生き延びることを可能にする思想だったが、すぐにその限界も顕わになった。

自立生活運動に代表される当事者運動では、自分のことはすべて自分で決めるという自己決定こそが自立であると力強く主張された。しかし、この考え方だけでは、心身の状態が不安定なために先の見通しを立てにくく、意思決定とその持続が困難な当事者は取り残されてしまう。さらには、体験している困難を表現する言葉を持たないために、苦悩の体験を他者と分かち合えない当事者も少なくない。熊谷は、このような状況が、既存の言葉や知識は健常者と呼ばれる多数者向けにできていて、障害者という名の少数者の経験には当てはまらないからであると考えた。

少数者と多数者の間にある経験と知識の落差を埋めるためには、少数者の経験に即した新しい言葉を作り、多数者の言葉と突き合わせる必要がある。それによって、より普遍性の高い知識を作り出せば、誰も取り残すことのないバリアフリーの環境を作り出す可能性が開ける。少数者と多数者の落差を確実に埋めていくには、当事者が苦悩の体験を語る場と、語りに耳を傾け共感を示す相手との対話が必要である。そこで、熊谷は対話の相手として、共通の体験をもつ当事者に加えて、多数者の知識に通じ共感的な理解力を発揮できる人が求められるとしている。

発達障害の当事者である綾屋は、自閉スペクトラム症が、「コミュニケーション／社会性の障害」を診断の基準としていることに異議を唱えている。自閉スペクトラム症の当事者が、幼少期から周囲とのコミュニケーションに困難を来していることは事実だが、その反面、当事者同士ではコミュニケーションが成立することが多い。つまり、自閉スペクトラ

ム症の当事者が体験しているコミュニケーション障害の原因は、当事者個人の特性ではなく当事者を取り巻く多数者の側の特性、すなわち多数者の少数者に対する態度や関わり方の不備にあるということになる。

コミュニケーション理論の先駆的存在であるミードが、コミュニケーションの成立条件は「他者視点の取得」にあると明快に指摘してから一世紀以上が経過した。ロジャーズが治療関係の成立条件として掲げた共感とは、ミード理論の実践版とみなすこともできる。共感の本質や類型については様々な議論があるが、最近では感情的共感 (emotional empathy) と認知的共感 (cognitive empathy) に二分する見方で合意されつつあるようである。従来は同情 (sympathy) と呼ばれていた苦悩する人の感情への即時的な共感が感情的共感、他者視点の取得による理解の深まりによってもたらされる共感が認知的共感である²²⁾。

一般に、感情的共感とは、体験を共有する仲間や身内の苦悩する姿に接した時に、認知的共感とは、知識と推察力を駆使して立場の異なる相手の視点を取得できた時に生じてくる。つまり、障害をもつ当事者による苦悩の語りに接した時、同じ障害を持つ当事者は感情的共感を抱きやすく、知識と推察力を身に着けた専門家は認知的共感を抱きやすいということになる。したがって、当事者研究の主体となる担い手は、同じ障害を持ち語り手に感情的共感を寄せる当事者だが、当事者研究に関連する知識や推察力を持ち認知的共感を寄せる保健医療福祉の援助職や研究者等の支援者も重要な担い手と言える。

それに加えて、支援者自身が、異なる障害を持つ当事者や少数者として苦難を体験した当事者でもある場合は、障害の当事者と多数者の落差を埋める上で重要な役割を果たせるはずである。熊谷の場合、自らの全身性障害当事者としての体験と医学や認知科学の知識を生かして、発達障害当事者である綾屋と「おとえもじて」メンバーを強力に支援している様子が伺われる。発達障害当事者が自らの体験を新しい言葉に結びつけ、さらに多数者にわかる表現へと洗練していくプロセスは、当事者と専門家の協働が重要であることの好例と言えよう。熊谷は、こう

した体験を踏まえて、当事者研究の到達点について、当事者主導による専門家をはじめとする支援者との「共同創造 - Co-production」と見なしている²³⁾。

XV. おわりに

精神障害者と呼ばれている人たちと、援助者として関わり始めて半世紀になる。その間に、院生セラピスト、病院看護師、研究所研究員、大学教員、そしてフリーランスへと立場は少しずつ変わっていった。しかし、精神障害者と近づき、ふれあい、理解を深め、彼らの苦悩の解消に寄与したいという気持ちと、そのために行ってきたことの基本は変わらなかったように思う。

社会学科と医学系大学院を出て、看護専門学校に籍を置いていた頃、数年ぶりに出会った友人Nに、出版したばかりの児童向け伝記「ナイチンゲール」²⁵⁾を読んでもらった。「お前はちっとも変わらないな。どこを切っても金太郎アメというか…、いや、褒めているんだぜ。」というのが彼の感想だった。「そう言うお前も変わらないな。」と応じて再会を約したが、彼は日本思想史への学際的な取り組みの途上で、21世紀を待たずに夭逝してしまった。彼とは、見失ったアイデンティティを追い求め、気づいたら同じ場所にいたという世代的な体験を共有していたように思う。

学部の留年中に、コミュニケーション体験をめぐる苦悩を吟味する中で、着想したばかりの「異和感の対自化」についてNに話したことがあった。社会学科の仲間から投げかけられていた、個人の主観的な体験の分析が社会現象の客観的な把握につながるのかといった疑問に答え切れず、行き詰まりを感じていた時期だった。ところが彼は、多言を要する暇もなく理解と関心を示し、「現象学そのものだな。それに、フッサールやメルロ・ポンティよりもわかりやすい」と冗談めかしながら評価してくれた。

彼の言葉を真に受けた節もあって、筆者は現象学への取り組みを一日伸ばしにしていたのだが、大学院の時にジェンドリンの体験過程概念に興味を引かれ、彼が元々は現象学者だったことを知り腑に落ちた。しかも、晩年の彼は臨床の視点を踏まえた哲学的な問題提起によって、哲学者からも注目を浴びた

という²⁴⁾。

近年、日本の臨床分野でも現象学分野との交流が広がっているが、当事者研究との親和性は特に高いと思う。既存の概念を脇に置いて、意識に現れる現象を記述し体験を意味づけていくという現象学の発想は、誰でも使えるが使わなくても生きていける。しかし、苦悩の体験に既存の言葉を押し付けられたり、体験に見合った言葉がまだ見つからなかったりして余計な苦悩を味わっている人には、苦悩からの解放にとって恰好の手段と言える。当事者研究は、正にそのような手段として、当事者のみならず臨床分野の専門家にとっても、貴重な導きの糸になると思う。

専門家もまた援助に躓くと、当事者とは疾患や障害の共通体験を持たないことが致命的な欠陥のように思ってしまうが、主観的な体験の奥を探っていけば、同じ時空に生きる者同士としての共通基盤に辿り着くことも不可能ではない。つまり、理論上は、主観的な体験の掘り下げを徹底すれば疾患や障害の有無も、少数者が多数者かの区別も意味をなさず、誰もが当事者ということになりそうである。実際には、苦悩する少数者の体験に多数者の立場から容易に近づけるはずもないが、認知的共感の力を最大限発揮して自分とは体験が異なる相手の視点に近づく努力は、少数者と多数者の双方に求められるだろう。当事者自らが体験を意味づける新しい言葉を見出し、見出された言葉をより普遍的な概念に高めて、真にバリアフリーが可能な環境を実現するには、少数者と多数者の協働による当事者研究が不可欠だからである。

本論考の執筆に当たり、筆者の個人的な体験を通して、当事者と専門家の関係性について、その本質を明らかにするという、無謀とも思える課題を設定してしまったおかげで四苦八苦することになった。それでも、この課題への取り組みによって、主観的体験をもたらした現実的な要因を探り内省を深めていくと、全体状況の文脈的な理解を介して課題解決の糸口が見えてくることを改めて確認できた。また、この取り組みは、筆者が半世紀の間に出会った様々な立場の人々との対話によって支えられていることも、いまさらのように痛感させられている。次に求

められる取り組みは、得られた糸口を見失わないように気を付けながら、志を共有し得る新しい仲間たちと共に、それぞれの内省に裏打ちされた対話を重ねていくことのようなのである。

文献

- 1) ペプロウ(稲田八重子他訳):人間関係の看護論, 東京, 医学書院, 1973
- 2) バイステック(田代不二夫他訳):ケースワークの原則, 誠信書房, 1965
- 3) 宮本真巳:精神障害者の自己決定をめぐる一 PSW と看護者の視点はどこで交わるか一, 精神医学ソーシャルワーク, 19 (25), 53-54, 1989
- 4) 見田宗介:価値意識の理論—欲望と道徳の社会学一, 弘文堂, 1966
- 5) 上野千鶴子:自立, 社会学辞典, 東京, 弘文堂, 1988
- 6) オレム(小野寺杜紀訳):オレム看護論, 東京, 医学書院, 2005
- 7) オーランド(池田明子訳):看護過程の教育訓練—評価的研究の試み, 現代社, 1977
- 8) ウィーデンバック(外口玉子他訳):臨床看護の本質—患者援助の技術, 現代社, 1969
- 9) 宮本真巳:個別ケアの必要性和その限界, 地域看護学講座9, 障害者地域看護活動, 医学書院, 1994
- 10) 宮本真巳:感性を磨く技法3—セルフケアを援助する一, 東京, 日本看護協会出版会, 1996
- 11) 福永ひとみ, 井上聡子, 木原博子:精神科看護における『自己決定』の捉え方の動向と援助への課題, 川崎市立看護短期大学紀要, 12 (1), 35-43, 2007
- 12) NHK クローズアップ現代取材班:助けてと言えない, 東京, 文藝春秋, 2010
- 13) 宮本真巳:受援力に関連する諸問題について, 日本保健医療行動科学会雑誌, 30 (1), 81-86, 2015
- 14) 上岡陽江, 宮本真巳, 熊谷晋一郎:専門家からアドバイスを受ける「正しい」方法—当事者スタッフのためのスーパービジョン—, 臨床心理

- 学増刊第 11 号, 130-136, 2017
- 15) 宮本眞巳他：精神看護における継続教育の方法論に関する研究—事例検討会の分析から—, 日本精神保健看護学会誌, 4 (1), 1-12, 1995
 - 16) 宮本眞巳他：シンポジウム・スーパービジョンとコンサルテーション—地域精神医療の方法—, 精神医学, 39 (8), 879-886, 1997
 - 17) 宮本眞巳：感性を磨く技法としての異和感の対自化, 日本保健医療行動科学会雑誌, 31 (2), 31-39, 2016
 - 18) ジェンドリン (筒井健雄訳)：体験過程と意味の創造, ブック東京, 1993
 - 19) 向谷地生良：「当事者研究」とソーシャルワーク, 臨床心理学増刊第 9 号, 36-41, 2017
 - 20) 上岡陽江, 大嶋栄子：その後の不自由, 医学書院, 2010
 - 21) 綾屋沙月：当事者研究をはじめよう！当事者研究のやり方研究, 臨床心理学増刊第 9 号, 74-99, 2017
 - 22) ブレイディみかこ：他者の靴を履く, 文芸春秋, 2021
 - 23) 熊谷晋一郎：当事者研究のネクストステップ, 臨床心理学増刊第 11 号, 170-194, 2019
 - 24) 諸富祥彦他：ジェンドリン哲学入門, コスモスライブラリー, 2009
 - 25) 宮本眞巳：子ども向け伝記『ナイチンゲール』への取り組みを振り返る中で見えてきたこと, ナイチンゲールの越境 7, 日本看護協会出版会, 2022